





Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Dr. BEHREND, Dr. BESNIER, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Dr. BOECK, Prof. DOUTRELEPONT, Prof. DUHRING, Prof. EPSTEIN, Dr. FINGER, Dr. FREUND, Prof. GEBER, Dr. GRÜNFELD, Dr. GSCHIRHAKL, Dr. v. HEBRA, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Prof. JARISCH, Dr. KOHN, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Dr. KRÓWCZYŃSKI, Prof. LANG, Dr. LASSAR, Prof. LELOIR, Dr. LESSER, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. LUSTGARTEN, Dr. MANDELBAUM, Dr. MICHELSON, Dr. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Dr. RIEHL, Prof. RINDFLEISCH, Dr. SCHIFF, Dr. SCHUSTER, Prof. SCHWIMMER, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. VAJDA, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof Caspary, **Königsberg** · Prof. Kaposi, **Wien** · Prof. Lewin, **Berlin** · Prof. Neisser, **Breslau**

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

Zweiundzwanzigster Jahrgang.

1890.

Mit 23 Tafeln und 18 Abbildungen im Texte.

Wien, 1890.

Wilhelm Braumüller

k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

Inhalt.

Original-Abhandlungen.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Register für den Jahrgang 1890.

Originalabhandlungen.

Der feinere Bau der normalen Lederhaut.

Von

Dr. Louis Heitzmann,

Arzt am Deutschen Dispensary in New-York.

(Mit 6 Figuren.)

Was man bisher über die feineren Verhältnisse im Bau des Corium gewusst hat, ist, dass dasselbe aus fibrösem Bindegewebe besteht, welches aus Bindegewebsfibrillen aufgebaut, mit elastischen Fasern gemengt ist, und spindelförmige oder verzweigte Zellen, die sogenannten Bindegewebszellen, enthält. — Durch C. Langer[1]) haben wir erfahren, dass die Bindegewebsbündel an den meisten Körperstellen sich in schiefer Richtung mit grosser Regelmässigkeit durchkreuzen, worauf die Spaltbarkeit der Haut beruht. Nur an einzelnen, regelmässig wiederkehrenden Stellen findet eine Verfilzung der Faserbündel statt und an diesen Stellen geht auch die Spaltbarkeit verloren. Während an den meisten Stellen nach Einstechen eines drehrunden Instrumentes, z. B. einer Schusterahle, feine Spalten entstehen, erzeugt man an den verfilzten Punkten zackige Löcher.

A. Biesiadecki[2]) beschreibt das Corium als eine Bindegewebsbildung, in welcher die Faserbündel ein dichtes Netz erzeugen, zwischen welchem schmale Spalten übrig bleiben. Nach ihm sind die Zellen entweder spindelförmig und in den Bindegewebsbündeln eingelagert, oder anastomosirende Zellen, zwischen

---

[1]) Ueber die Spaltbarkeit der Cutis. — Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. 1861.

[2]) Handbuch der Lehre von den Geweben von S. Stricker, 3. Lief. 1870.

den Bündeln im unteren Corium und zwischen den Fasern im oberen Theile desselben liegend. Die Anzahl und Grösse der verzweigten Zellen ist, wie er sagt, nicht geringer in der Cutis als in der Hornhaut, deren Bilder nach Chlorgoldbehandlung zum Verwechseln ähnlich sind.

L. Ranvier[1]) empfiehlt gleichfalls eine Goldchloridlösung zum Darstellen der Bindegewebszellen der Lederhaut, welche er mit den fixen Zellen der Hornhaut auf gleiche Stufe stellt.

E. A. Schäfer[2]) sagt über die Structur der Lederhaut Folgendes: „The cutis vera is made up of an exceedingly strong and tough framework of interlaced connective tissue fibres. The fibres are chiefly of the white variety, such as constitute the main part of the fibrous and areolar tissues, and are arranged in stout interlacing bundles, except at and near the surface, where the texture of the corium becomes finer and closer. With these are mixed elastic fibres, which vary in amount in different parts, and connective tissue corpuscles, which are often flattened up against the bundles of white fibres."

W. Tomsa[3]) bespricht drei Substanzen als anatomische Grundlage der Haut: 1. Die collagene, welche die Bündel selbst aufbaut; 2. die elastische, welche durch das collagene Hautgerüste in Form eines überall zusammenhängenden Geflechtes ausgespannt ist; und 3. die Kittsubstanz, welche das collagene und elastische Gerüste und den übrigen Hautinhalt aneinander fixirt. Bei Untersuchung frischer Hautstücke, besonders von älteren Subjecten, kann man sich jedoch deutlich vom Vorhandensein feiner Spalten innerhalb der Kittsubstanz zwischen dem Bindegewebsgerüste überzeugen, in welchen man einen punktförmigen oder körnigen Inhalt gewahrt, der sich räumlich zwischen dem Hautgerüste ausbreitet.

Unsere Kenntnisse über den feineren Bau der Lederhaut haben erst durch vorhergehende Studien an der Sehne durch

---

[1]) Traité technique d'histologie 1889.

[2]) Quain's Elements of Anatomy Vol. 2, 9. Ed. 1882.

[3]) Beiträge zur Anatomie und Physiologie der menschlichen Haut.— Arch. f. Derm. u. Syph. 1873.

C. Heitzmann[1]) und A. Spina[2]) namhafte Bereicherung erhalten. Die Sehne ist ganz und gar aus in einer Längsrichtung verlaufenden Bindegewebsbündeln aufgebaut; in der Lederhaut hingegen durchkreuzen sich die Bündel in schiefer Richtung. Während man am Längsschnitte der Sehne nur Längsbündel, am Querschnitte derselben nur Querschnitte der Bündel erhält, kann man an beliebig geführten Schnitten der Aponeurose sowohl, wie der Lederhaut, in Folge der Durchkreuzung der Bündel, stets Längs-, Schief- und Querschnitte gemischt antreffen. Es ist aber nach dem Gesagten klar, dass die Verhältnisse in allen diesen Geweben identisch sind, nur schwieriger zu entwirren in der Lederhaut, als in der Sehne.

Querschnitte der Sehne haben uns belehrt, dass in derselben isolirte Bindegewebszellen überhaupt nicht existiren, sondern die Protoplasmabildungen continuirlich zwischen den Bündeln verlaufen. Indem nun ein Hauptbündel wieder in zahlreiche kleinere zerfällt und die Zwischenräume stets Protoplasma enthalten, liefert das Gesammtbild ein reichlich verzweigtes, protoplasmatisches Netzwerk, gröber an der Peripherie der Hauptbündel und feiner zwischen den secundären und tertiären Bündelchen. Dieses Netz wurde insbesondere von A. Spina mit Hilfe der Goldfärbung in höchst zierlicher Weise zur Anschauung gebracht. Längsschnitte hingegen lassen zwar die mit Protoplasma erfüllten Zwischenräume erkennen, welche häufig als Ketten von Kernen zur Anschauung gelangen, aber niemals eine klare Vorstellung über die Continuität des Protoplasmas ermöglichen, einfach deshalb, weil die seitlichen Verbindungen in Längsschnitten abgetrennt werden.

Alles, was wir bisher über den Bau der Bindegewebssubstanzen erfahren haben, weist darauf hin, dass wir es überall mit sogenannten verzweigten und anastomosirenden sternförmigen Protoplasmabildungen zu thun haben, wie dieselben von Virchow im Jahre 1851 als charakteristisch für das myxomatöse Gewebe angesehen wurden. Nur im Hyalinknorpel fehlen in der Regel die gröberen Verzweigungen.

Wir dürfen uns demnach heute der Vorstellung hingeben,

---

[1]) Untersuchungen über das Protoplasma. 1873.

[2]) Untersuchungen über die Veränderungen der Zellen in entzündeten Sehnen. — Med. Jahrb. 1877.

dass isolirte Bindegewebszellen im Sinne Virchow's überhaupt nicht existiren, sondern überall ein continuirliches Netzwerk von Protoplasma vorhanden ist, dessen Maschenräume chemisch verschiedene Substanzen enthalten, welche eben den verschiedenen Arten des Bindegewebes ihren Charakter verleihen. Im myxomatösen Gewebe besteht die Grundsubstanz aus Mucin, im fibrösen Gewebe aus Leim, Glutin, in der Hornhaut aus Keratin, im Knochen aus mit Kalksalzen infiltrirtem Glutin und im Knorpel aus Chondrin. Alle diese Füllmassen sind chemisch unter einander nahe verwandt, ohne dass wir im Stande wären, auch nur für eine derselben eine bestimmte chemische Formel liefern zu können. Die einzige anscheinende Ausnahme von der Regel der sternförmig verzweigten und unter einander verbundenen Bindegewebszellen, ist, wie schon bemerkt, der Hyalinknorpel. Aber auch in diesem Gewebe kennen wir seit 17 Jahren die Verbindungen, so zwar, dass auch das Knorpelgewebe als ein Continuum von Protoplasma aufzufassen ist, in welchem sämmtliche Protoplasmakörper unter einander verbunden sind.

Nach dem Gesagten sind die Schwierigkeiten in der Erforschung des feineren Baues der Lederhaut einleuchtend genug. Nachdem schon frühere Forscher von sternförmigen Zellen in diesem Gewebe gesprochen haben, wird es a priori klar, dass das Corium in seiner Structur mit der Sehne, der Aponeurose, den Fascien und schliesslich mit allen Varietäten des Bindegewebes in allen wesentlichen Punkten identisch ist. Da wiederholt schon auf die Identität der Cutiszellen mit den viel besser studirten Hornhautzellen hingewiesen wurde, dürfen wir uns der Erwartung hingeben, dass auch zwischen diesen beiden, anscheinend grundverschiedenen Geweben eine typische Aehnlichkeit herrscht. Selbstverständlich werden wir die sogenannten verzweigten Zellen nur auf quer durchschnittenen Bündeln oder Faserzügen zur Ansicht bekommen, und aus diesem Grunde will ich meine Beschreibung zunächst an solchen Schnitten beginnen.

Bevor ich jedoch auf die Schilderung der feineren Structur der Cutis eingehe, muss ich darauf aufmerksam machen, dass die Verhältnisse in Präparaten, welche in Canadabalsam montirt wurden, überhaupt nicht sichtbar sind. Unsere Conservirungs-Methoden, namentlich die am häufigsten gebrauchten, nämlich:

Härtung in Alkohol und Chromsäure, verursachen durch Wasserentziehung eine Schrumpfung der Cutis. Wird nun die Aufhellung durch Behandlung mit irgend einem Oel, wie Nelken- oder Bergamottöl, auf das Aeusserste getrieben, so erhalten die Bündel der Cutis ein ausgesprochen wellenförmiges Aussehen und die protoplasmahältigen Zwischenräume verschrumpfen auf ein Minimum. Dies ist der Grund, warum in, in Balsam montirten, Präparaten die Structur eine nahezu unentwirrbare ist. Viel günstiger gestalten sich die Verhältnisse, wenn wir in Chromsäure gehärtete Cutis in feine Schnittchen zerlegen und diese in chemisch reinem Glycerin aufbewahren. Die jetzt übliche Celloidin-Einbettung halte ich für das Studium der Haut auch nicht für günstig; indessen sind die Gewebetheile durch vorausgegangene Chromsäurebehandlung in der Regel hinreichend fixirt, um selbst bei dieser Methode klare Bilder unter dem Mikroskope zu ermöglichen.

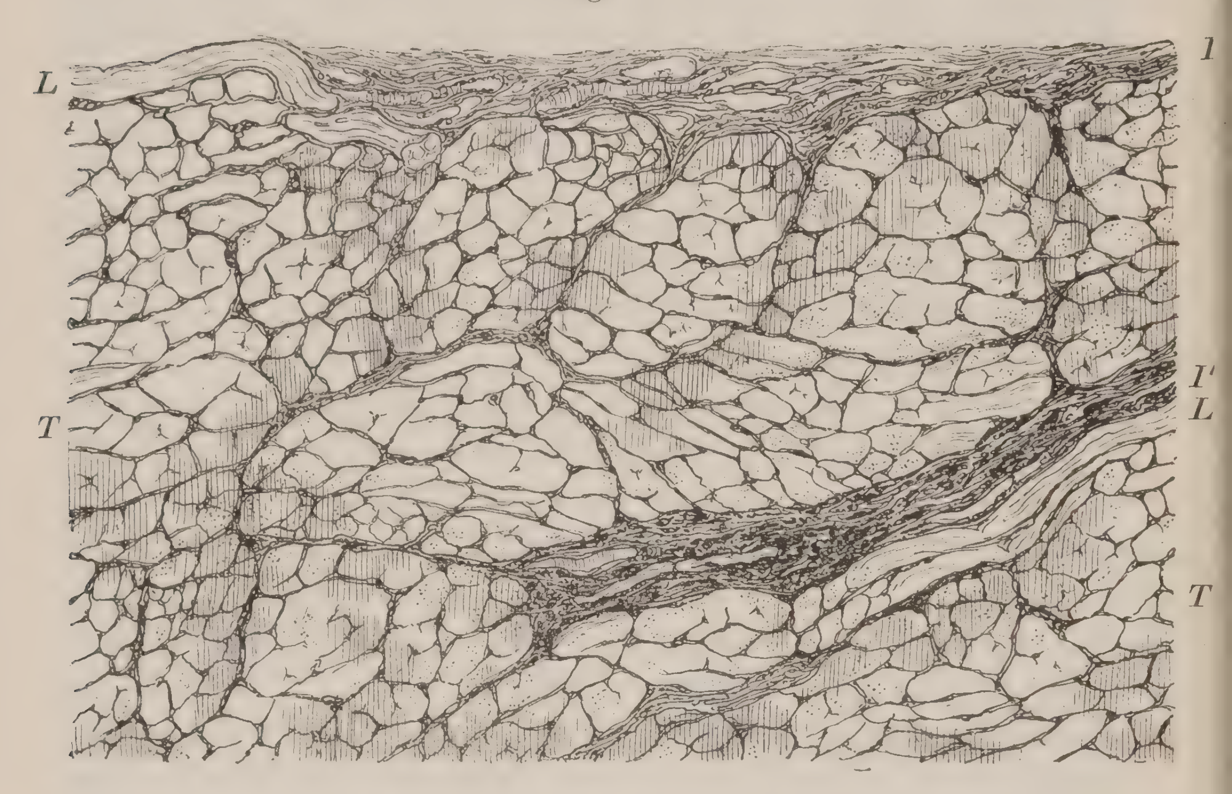
Betrachten wir uns einen feinen Schnitt der Cutis bei schwacher Vergrösserung des Mikroskopes an solchen Stellen, wo die Bindegewebsbündel vorwiegend in Querrichtung durchschnitten sind, so wird sofort die Aehnlichkeit des Baues mit jenem der Sehne in die Augen springen. Hierzu eignet sich die Cutis von Kindern und jüngeren Individuen am besten. Je älter die Person, desto weniger Protoplasma ist zu sehen und desto undeutlicher erscheinen die Unterabtheilungen der Bindegewebsbündel. Ich habe einen Schnitt durch die Cutis eines etwa 20jährigen Mädchens gewählt, welches in der Gesichtshaut eine zuerst von A. R. Robinson beschriebene Anomalie aufweist, von diesem Forscher als Melanoderma bezeichnet.

Die Anomalie besteht in einer Ablagerung von körnigem Farbstoff in den Protoplasmabildungen und einer diffusen braunen Färbung der Bündel selbst, ohne die geringste pathologische Veränderung im eigentlichen Derma. (Fig. 1.)

Wir sehen Gruppen von Bindegewebsbündeln von einander durch verhältnissmässig breite Zwischenräume getrennt. Letztere enthalten lockeres fibrilläres Bindegewebe mit zahlreichen spindelförmigen und kugeligen Protoplasmakörpern, und dieses Bindegewebe ist der Träger aller grösseren Blutgefässe, zumal der Arterien und Venen, und der markhältigen Nervenfasern. In dem zur Abbildung benützten Präparate, welches ich der Freundlichkeit

des Herrn Dr. Robinson verdanke, ist das interstitielle Bindegewebe reichlich mit schwarzen Pigmentklümpchen durchsetzt, und wird dadurch besonders auffällig.

Fig. 1.



Derma eines Falles von Melanoderma. Vergrösserung 100fach.

I = Raum zwischen mehreren Bündelgruppen, Blutgefässe und etwas Pigment enthaltend.
I' = Zwischenraum mit Pigment gefüllt.
LL = Bindegewebsbündel in Längsschnitt.
TT = Bindegewebsbündel in Querschnitt.

Das interstitielle Bindegewebe sendet schmälere Fortsätze aus, welche wieder eine grössere Summe von Bindegewebsbündeln umhüllen, genau so, wie es in der Sehne durch die Fortsätze der peritendinösen Bindegewebe geschieht. Auch diese Fortsätze tragen capillare Blutgefässe, obwohl nicht in grosser Menge. Von den Interstitien zweiter Ordnung ziehen zwischen die Bündel viel schmälere Fortsätze ein, welche nur wenig fibrilläres Bindegewebe führen, sondern fast ganz und gar aus Protoplasma bestehen, an den Knotenpunkten des Netzwerkes in der Regel Kerne enthaltend. Alle Fortsätze zweiter und dritter Ordnung sind in unserem Präparate durch die Anwesenheit dunkler Pigmentkörnchen gekenn-

zeichnet. Als Interstitien vierter Ordnung endlich, können wir jene bezeichnen, welche ein grösseres Bündel in eine Anzahl kleinerer zertheilen, und zwar gewöhnlich nur in unvollkommener Weise; dies entspricht der Kittsubstanz Tomsa's. Die kleinsten Zwischenräume lassen hier und da kernartige Bildungen und etwas umgebendes Protoplasma erkennen, doch wird dieses Protoplasma desto undeutlicher, je feiner die Interstitien und je älter die Person.

Auf den ersten Blick erkennen wir ein nahezu völlig geschlossenes Netz, welches in den gröberen Zügen von zartem fibrillären Bindegewebe, in den feineren dagegen von Protoplasma hergestellt wird. Wir sehen also ein Bild, welches mit dem sogenannten Schleimgewebe, wie es zum Beispiel in der Nabelschnur so klar zur Anschauung kommt, eine überraschende Aehnlichkeit hat. Die Structur des myxomatösen Gewebes der Nabelschnur und des fibrösen der Cutis sind, so weit die Anordnung der Protoplasmakörper in Betracht kommt, im Wesentlichen identisch. Das Protoplasma ist in beiden Fällen netzförmig angeordnet und continuirlich durch das gesammte Gewebe. Der Unterschied beruht nur auf einem Unterschiede in der Consistenz und chemischen Zusammensetzung der Füllmasse des Protoplasmanetzes. Im ersteren Falle ist es eine gelatinöse, mucinhältige, im letzteren eine starre, leimgebende. Auf dieser Starrheit und Resistenzfähigkeit beruht eben die Möglichkeit, durch gerbsäurehältige Mittel aus der Cutis Leder zu erzeugen.

Sehen wir bei schwacher Vergrösserung Bündel an, welche in Längs- oder schiefer Richtung getroffen sind, dann erkennen wir in ihnen eine zarte Streifung, welche eben zu der Bezeichnung „fibröses Bindegewebe“ geführt hat. Dass diese Bezeichnung keine ganz richtige ist, erhellt schon aus dem Umstande, dass eigentliche Fasern in der Sehne sowohl, wie im Cutisgewebe erst dann zur Anschauung gelangen, wenn wir das Bündel mit Nadeln zerzupfen. Die Fibrillen sind thatsächlich Kunstproducte und nicht als solche sichtbar, so lange das Bindegewebsbündel unzerrissen bleibt. Während mit Gerbsäure behandelte Cutisstücke die Faserung deutlich zeigen, ist diese in mit Chromsäure gehärteten Präparaten nur wenig ausgeprägt, und um so weniger, je dünner der mikroskopische Schnitt ausgefallen ist.

Mit dieser Kenntniss können wir uns sofort an die Analyse des Cutisgewebes bei stärkeren Vergrösserungen machen. (Fig. 2.)

Fig. 2.



Derma einer Person mittleren Alters. Vergrösserung 500fach.

C = Capillares Blutgefäss in einem grösseren Raum zwischen Bündelgruppen verlaufend.
L = Längsschnitt von Bindegewebsbündeln.
O = Schiefschnitt von Bindegewebsbündeln.
T = Querschnitt von Bindegewebsbündeln.
E = Elastische Faser.

Zwei Dinge müssen uns noch zu einer klaren Vorstellung behilflich sein. Zuerst, dass sich die Bindegewebsbündel in schiefen Richtungen durchkreuzen, und zweitens, dass in Folge des wellenförmigen Verlaufes der Bündel nach Chromsäurebehandlung ein und dasselbe Bündel sich in querer und schiefer oder auch Längsrichtung darstellen kann. Wir sehen zwischen den Bündelgruppen Interstitien aus zartfaserigem, lockerem Bindegewebe bestehend und capillare Blutgefässe führend, welche vermöge der Schrumpfung des Gewebes gleichzeitig in Längs- und Querschnitten erscheinen können. Die Bündelgruppen sind durch Protoplasma-Massen von

einander getrennt, die in wechselnder Menge, zumal in den Knotenpunkten, kernartige Bildungen aufweisen. Blutgefässe finden wir in diesen Interstitien dritter Ordnung nicht mehr. Jedes grössere Bündel zerfällt abermals in eine wechselnde Anzahl kleinerer, wieder von einander durch helle Zwischenräume getrennt, in welchen wir häufig kernartigen Bildungen begegnen, während die protoplasmatischen Fortsätze nicht überall zu erkennen sind, und zwar desto undeutlicher, je älter das Individuum. Nicht selten sehen wir in der Mitte des Bündels ein kernartiges Gebilde, anscheinend isolirt; sehen wir aber schärfer zu, dann erkennen wir fast immer flügelartige Fortsätze vom Kerne ausgehend. Ebenso können stark lichtbrechende, drehrunde Bildungen inmitten des Bündels auftauchen, welche wir als Querschnitte der elastischen Fasern deuten müssen. Von solchen Querschnitten lassen sich flügelartige Fortsätze nur ausnahmsweise in das Bündel hinein verfolgen.

Längsschnitte der Bündel zeichnen sich abermals durch eine Begrenzung protoplasmatischer Natur von den Nachbarbildungen aus. Flügelartige Fortsätze solcher, im Längsschnitte getroffenen Protoplasmakörper fehlen, indem selbstverständlich durch den Schnitt alle auf die Schnittrichtung senkrecht ziehenden Fortsätze entfernt wurden. In Hautschnitten von Personen mittleren und höheren Alters finden wir als Begrenzung zwischen benachbarten Längsbündeln statt Protoplasma häufig glänzende, gelbe, sogenannte elastische Fasern. Ich enthalte mich hier einer Schilderung des Ursprungs dieser Fasern, indem ich dieselben in einem späteren Aufsatze zu besprechen gedenke. Auch die längs durchschnittenen Bündel zerfallen durch helle Interstitien zu Bündeln kleinster Ordnung. Was diese hellen Zwischenräume zu bedeuten haben, wird uns klar, wenn wir in denselben ab und zu kernähnlichen Bildungen begegnen; ferner, wenn wir Quer- mit Längsschnitten vergleichen. Es sind eben Protoplasma-Ausläufer der feinsten Art und nicht mehr vollkommen entwickelt. An Stelle dieser hellen Interstitien begegnen wir übrigens im höheren Alter gleichfalls elastischen Fasern, viel zarter, als jene an der Bündelgrenze selbst.

Schiefschnitte von Bündeln erklären sich nach dem Gesagten wohl von selbst. Insbesondere wird hier die Unterabtheilung der Bündel zu kleineren Bündeln auffällig, bisweilen zu einer fächer-

förmigen Ausbreitung der schief durchschnittenen Bündelenden führend. Von einer eigentlichen fibrillären Structur ist weder in Längs- noch in Schiefschnitten etwas zu bemerken. Bei mittelstarken Vergrösserungen des Mikroskops erscheinen die quer getroffenen Bündel zart getüpfelt, was auf Querschnitte von Fasern hinweisen würde, indessen, wie ich später zeigen werde, auch eine andere Deutung zulässt.

Die derben Bindegewebsbündel sind nur der eigentlichen Cutis zukommende Bildungen, durchschnittlich um so grösser, je näher dem subcutanen Gewebe, und umgekehrt um so schlanker, je näher dem Papillarkörper; deshalb die Eintheilung älterer Anatomen in eine Pars reticularis und eine Pars papillaris, erstere für die dichten tieferen, letztere für die feineren oberflächlichen Abschnitte.

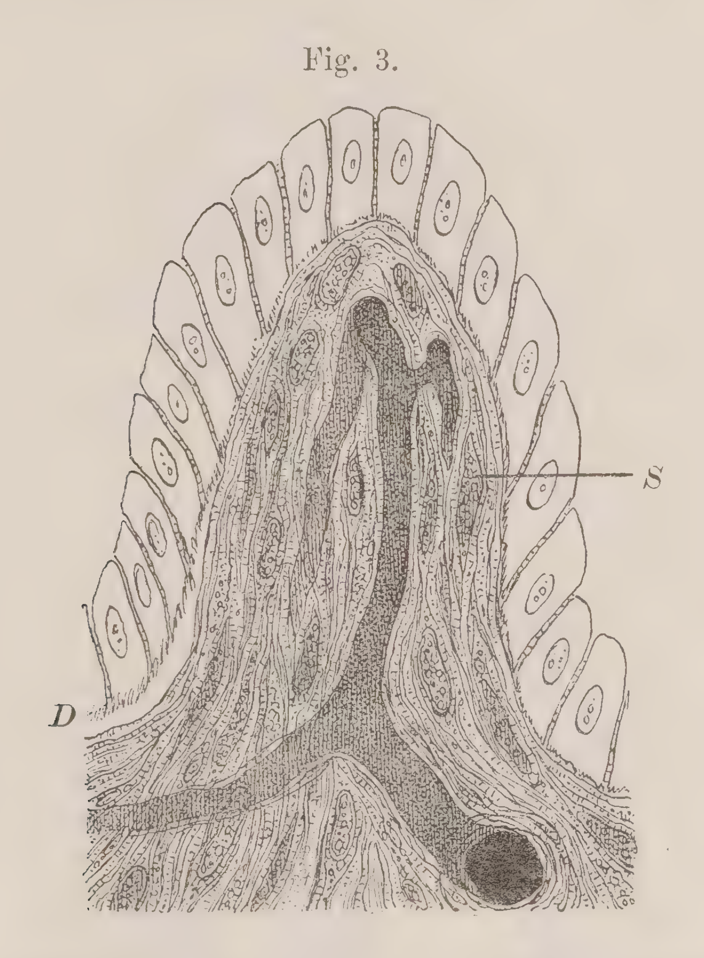
Der Papillarkörper hat bisher keine specielle Beachtung gefunden, trotzdem derselbe nicht unwesentliche Verschiedenheiten, je nach dem Alter des Individuums, zeigt.

Die Papillen der Haut des neugeborenen Kindes sind aus sogenanntem zarten fibrillären Bindegewebe aufgebaut, demnach in allen Punkten, mit jenem Bindegewebe übereinstimmend, welches selbst beim Erwachsenen die Interstitien erster Ordnung zwischen den Bündelgruppen der Cutis erfüllt, .und wie oben erwähnt, reichlich Blutgefässe führt, ebenso wie der Papillarkörper selbst. (Fig. 3.)

Mittelstarke Vergrösserungen genügen, um zu erkennen, dass das sogenannte zarte fibrilläre Bindegewebe eigentlich nicht aus Fibrillen, sondern aus blassen Spindeln von wechselnder Grösse aufgebaut wird, welche augenscheinlich die Träger der Grundsubstanz sind. Nirgends ist die Umwandlung des Protoplasmas zu Grundsubstanz weit fortgeschritten, indem man in sämmtlichen Spindeln noch den Bau des Protoplasmas, wenn auch nicht scharf ausgeprägt, zu erkennen vermag. Ueberdies lassen sich die Grade der Umwandlung von Protoplasma zur Grundsubstanz leicht verfolgen, indem blasse Spindeln mit körnigen abwechseln, welch letztere in der Infiltration mit Grundsubstanz noch keine grossen Fortschritte gemacht haben. Dann begegnen wir spindelförmigen Körpern in wechselnder Menge, welche den Bau des Protoplasmas noch unverändert zeigen, und zusammen

mit den oblongen kernähnlichen Bildungen die „Bindegewebszellen“ der Autoren darstellen. Da wir heute die Grundsubstanz nur als ein in seinen Maschenräumen chemisch verändertes Protoplasma ansehen müssen, wird es klar, dass die „Bindegewebskörperchen“ als unverändertes, die „Fibrillen“ dagegen als mit

Fig. 3.



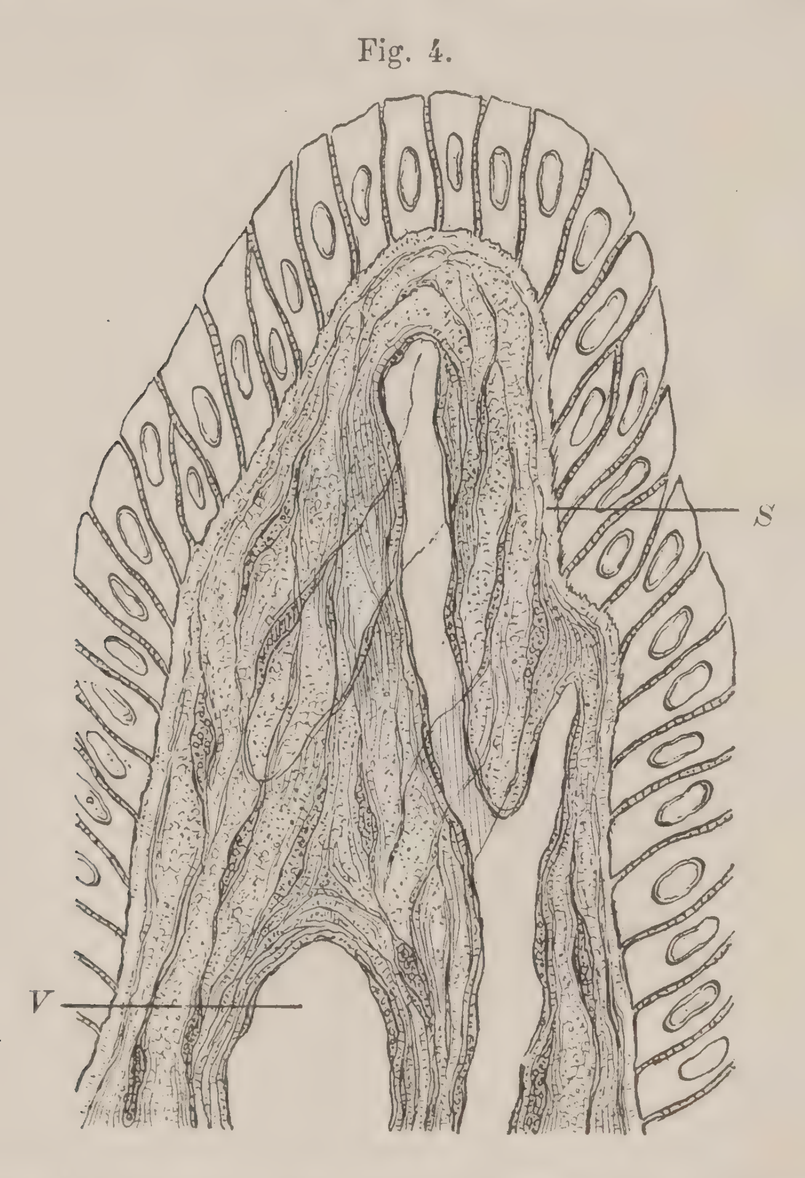
Papille von der Stirnhaut eines neugebornen Kindes. Blutgefässe injicirt. Vergrösserung 600fach.

D = Säulenepithel von der Papille abgelöst.
S = Spindelförmige Protoplasmakörper zwischen den Bündeln.

Grundsubstanz infiltrirtes Protoplasma auszusprechen sind. Erstere Bildungen färben sich bekanntlich leicht mit dem gewöhnlichsten Färbemittel Carmin; letztere hingegen wenig oder nicht. Dass es sich in den frühesten Stadien der Bildung nur um eine Zersplitterung des Protoplasmas zu zarten Spindeln handelt, welche den Charakter von Protoplasma nicht verlieren, wird daraus ersichtlich, dass sich schon bei einer 600fachen Vergrösserung mittelst einer guten Immersionslinse die durch zarte Querfäden

vermittelte Verbindung zwischen den Spindeln und den unveränderten Protoplasmabildungen erkennen lässt. Freilich, Diejenigen, die nach der gebräuchlichen Methode ausschliesslich nur in Canada-

Fig. 4.



Papille von der Brusthaut eines Mannes mittleren Alters. Vergrösserung 600fach.

S = Spur einer sogenannten structurlosen Membran zwischen Epithelien und Bindegewebe.
V = Vene in Querschnitt.

balsam montirte Präparate studiren, werden sich von diesen feineren Structurverhältnissen nie recht überzeugen können.

Gegen die Basis der Papillen sammelt sich eine Anzahl von Spindeln zu Bündeln und erfolgt auf diese Weise der allmälige Uebergang zum Gewebe der eigentlichen Cutis. Nahe der Basis

der Papillen treten auch die ersten Anzeichen einer Durchkreuzung der Anfangs noch ganz schmächtigen Bündel ein, indem in jedem senkrechten Schnitte der Haut Quer-, Schief- und Längsschnitte von Bündeln erkennbar sind. In der Papille selbst fehlt eine solche Durchkreuzung, da sämmtliche Spindeln der Grundsubstanz in Längsrichtung verlaufen, und sich an der Kuppe der Papille bogenförmig aneinander legen.

Die Papillen der Haut einer Person mittleren Alters, zeigen eine weit mehr vorgeschrittene Bildung von Grundsubstanz (Fig. 4).

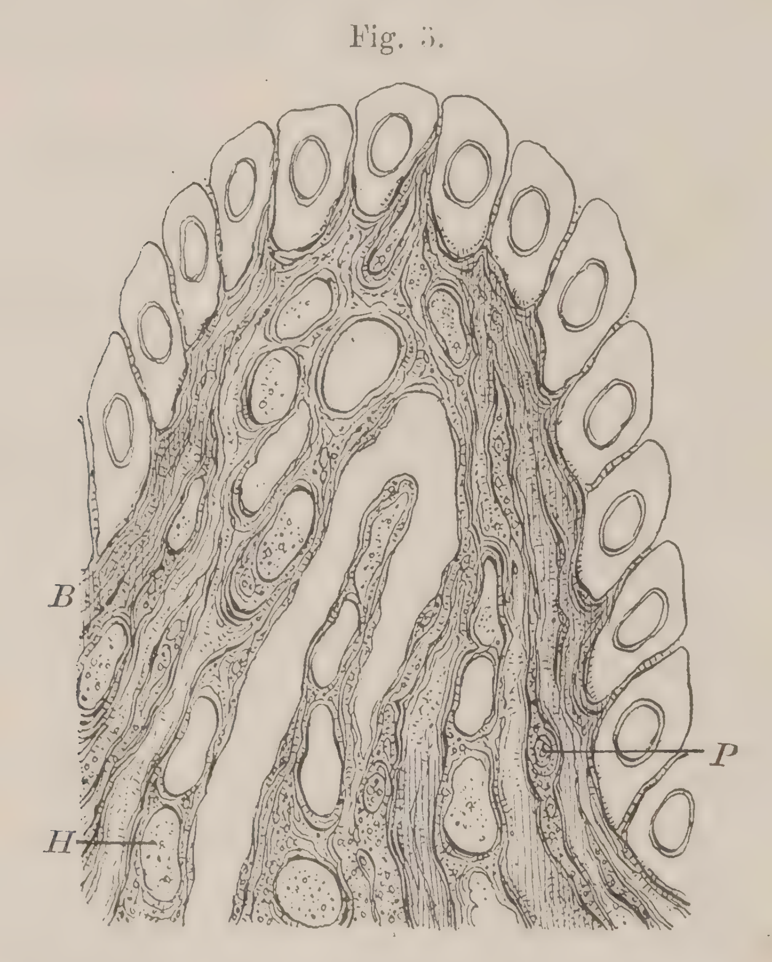
Der Bau ist identisch mit jenem der Cutis, nur dass die Bündel feiner sind, und ausnahmslos in einer Längsrichtung angeordnet erscheinen. Die Zwischenräume zwischen den Bündeln enthalten spindelförmige Protoplasmakörper in wechselnder Menge, an welchen wegen der longitudinalen Anordnung der Bündel keine seitlichen Flügelfortsätze zu erkennen sind. Die Grenzschicht gegen das Säulenepithel ist eine mehr oder weniger scharf ausgeprägte sogenannte „Basalmembran". Diese Bildung dürfen wir als eine dichtere, chemisch sich der elastischen Substanz nähernde betrachten, welche in ihren feinsten Structurverhältnissen mit jenen der Bindegewebsbündel übereinstimmt.

Je älter das Individuum, desto gröbere Bindegewebsbündel finden wir in der Papillarschicht. (Fig. 5.)

Die Papillen von der Haut einer 85jährigen Frau zeichnen sich durch ihre abgeflachte Form aus. Ueberdies fehlt die regelmässige Anordnung welche wir in der Haut von Kindern und Personen mittleren Alters sehen. Gegen das Epithel hin finden wir derbe, compacte Bindegewebsbündel, ohne jede Andeutung einer Basalschicht. Zwischen den Bündeln finden wir spindelförmige Protoplasmakörper von wechselnder Grösse. Eigenthümlich sind zugespitzte Bindegewebsfortsätze, welche an vielen Stellen in die Kittsubstanz zwischen die Säulenepithelien eindringen und augenscheinlich zur Abflachung und Verkürzung des Längsdurchmessers der letzteren beitragen. Gegen die Mitte der Papille sind die Structurverhältnisse andere, mit der senilen Metamorphose der Haut im Zusammenhange stehend. Ich habe nämlich diese Structur nicht nur fast ausnahmslos in den Papillen der Haut, sondern auch in jenen des Zahnfleisches des Oberkiefers einer 75jährigen Frau gesehen, wo sämmtliche Zähne ausgefallen

und die Zahnalveolen verschwunden waren. Wir finden eine auffällige Vermehrung der Protoplasmakörper, und das Protoplasma selbst im Zustande einer hydropischen Quellung, häufig bis zu einem solchen Grade, dass die Protoplasmaräume anscheinend mit

Fig. 5.



Papille von der Brusthaut einer 85jährigen Frau. Vergrösserung 600fach.

B = Bindegewebsbündel nahe dem Epithel.
P = Körniges Protoplasma zwischen zwei Bündeln.
H = Hydropische Protoplasmakörper.

Flüssigkeit erfüllt sind und den Eindruck von Vacuolen machen. Hierdurch entsteht das Bild eines als myxo-fibrös bezeichneten Gewebes. Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass in den Papillen der senilen Haut in der Umgebung der Blutgefässe eine Reduction der fibrösen Bindegewebe zu Protoplasma und damit eine Rückkehr des Bindegewebes zu seinem Jugendzustande stattgefunden hat. Ueber diese eigenthümliche Verjüngung des Derma sehr alter Personen behalte ich mir weitere Mittheilungen vor.

Bisher war von den gröberen Structurverhältnissen der Cutis

die Rede, welche wir bei mässig starken Vergrösserungen der Mikroskope zu erkennen vermögen. Nach dem jedoch, was wir über den Bau anderer Arten der Bindegewebe, der Sehne, der Hornhaut, des Knorpels und des Knochens wissen, müssen wir uns sagen, dass damit die Kenntniss des Baues der Grundsubstanz der Cutis noch keineswegs erschöpft ist.

Im Jahre 1873 hat C. Heitzmann zum ersten Male behauptet, dass sämmtliche Varietäten der Grundsubstanz des Bindegewebes leben, respective die Eigenschaften der lebenden Materie aufweisen, ebenso wie die bis dahin ausschliesslich als Träger des Lebens angesehenen „Bindegewebszellen". Diese Aussage wurde zum Theile durch Färbung der Gewebe mit Silbernitrat und Goldchlorid, zum Theile durch Beobachtung pathologischer Vorgänge, zumal der Entzündung erzielt. Es wurde festgestellt, dass auch im Hyalinknorpel die Grundsubstanz, welche man bis dahin als völlig inert angesehen hatte, von lebender Materie in netzförmiger Anordnung durchzogen sei. Nur die winzigen Maschenräume dieses Netzwerkes enthalten die eigentliche chondrogene Grundsubstanz.

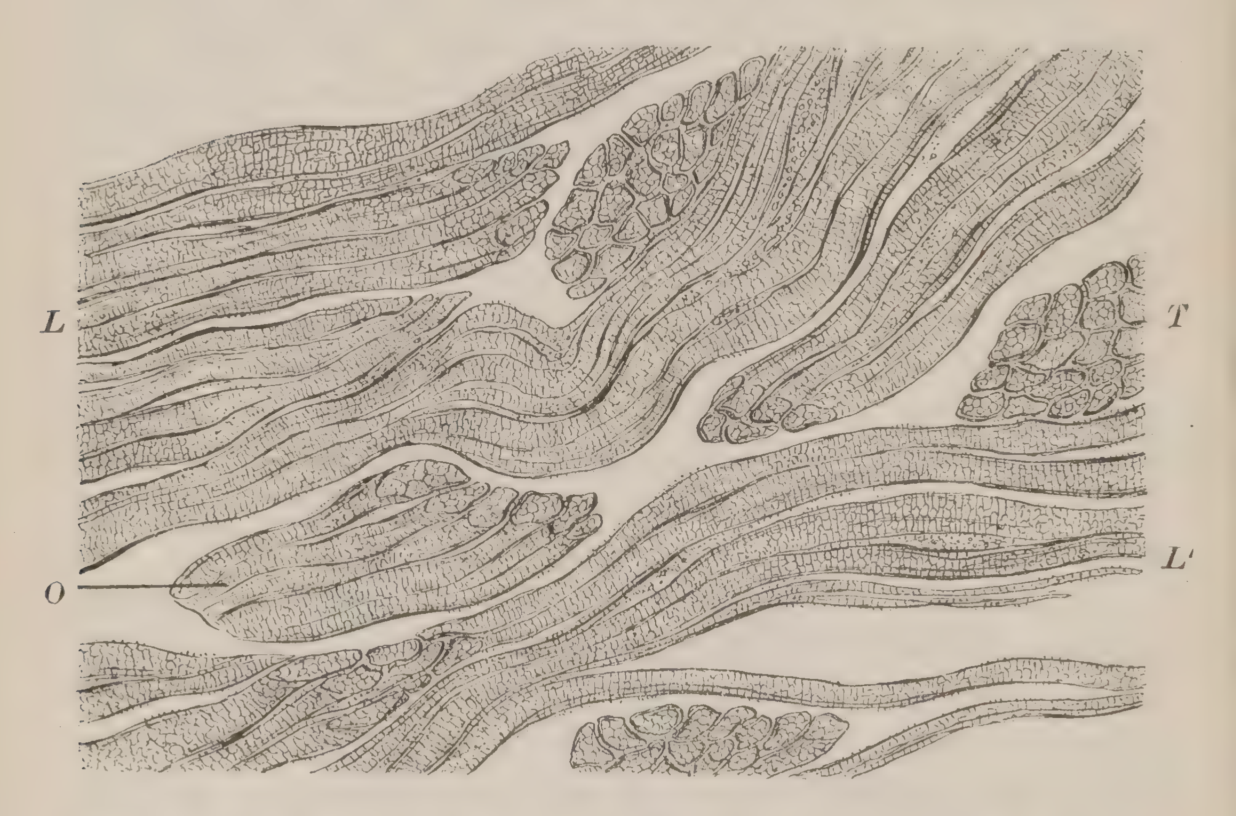
A. Spina[1]) hat im Jahre 1879 die Angaben Heitzmann's in Bezug auf den Hyalinknorpel vollauf bestätigt, indem er eine einfache Methode zur Aufklärung des Baues der Knorpel-Grundsubstanz entdeckte. Die Methode besteht darin, dass man Knorpelstücke auf drei bis vier Tage in starken Alkohol legt, und die Schnitte gleichfalls in starkem Alkohol unter dem Mikroskope untersucht. Dadurch werden die Fortsätze der Knorpelkörperchen welche die Grundsubstanz durchziehen, und in derselben ein überaus reiches Netz von lebender Materie bilden, klar zur Anschauung gebracht. Bald nachdem man dem Alkoholpräparate einen Tropfen Glycerin zusetzt, verschwinden die Fortsätze. Dadurch wurde festgestellt, dass das structurlose Aussehen der Knorpel-Grundsubstanz nur den bis dahin üblichen Bewahrungsmethoden des Knorpels zuzuschreiben sei. Bei Wiederholung der Versuche Spina's habe ich auch in dem angrenzenden Perichondrium eine feine netzförmige Structur der Grundsubstanz mit Leichtigkeit nachweisen können.

---

[1]) Ueber die Saftbahnen des hyalinen Knorpels. — Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. in Wien.

Die Alkoholmethode Spina's habe ich nun für das Cutisgewebe benützt und wählte hierzu die Haut einer 85jährigen Frau, welche für unsere Zwecke die denkbar ungünstigsten Verhältnisse bietet. Frische Cutis, aus dem lebenden Körper entfernt, — es handelte sich um ein tiefsitzendes Mammacarcinom — wurde

Fig. 6.



Derma von der Brusthaut einer 85jährigen Frau. Mit absolutem Alkohol behandelt. Vergrösserung 1200fach.

L = Bindegewebsbündel in Längsschnitt.
L' = Bündel in Fibrillen gespalten.
T = Bündel in Querschnitt.
O = Bündel in Schiefschnitt.

sofort in Alkohol gelegt, welcher sich dem absoluten näherte und drei Tage lang darin gelassen. Hierauf erfolgte Einbettung in Celloidin; die Stückchen wurden mit dem Mikrotom geschnitten, und die feinen Schnitte sofort in Alkohol untersucht. Das Resultat ist in Fig. 6 abgebildet.

Wir sehen sämmtliche Bindegewebsbündel, ob longitudinal, schief oder quer durchschnitten, von einem zarten, grauen, nahezu rectangulären Netzwerk durchsetzt. Die feinsten Fortsätze dieses

Netzwerkes bilden an den Rändern der zerrissenen Bündel feine Fortsätze und senken sich in das Netzwerk der lebenden Materie jener spärlichen Protoplasmakörper ein, welche die Zwischenräume zwischen den Bündeln erfüllen. Wo solche Protoplasmakörper fehlen und zwischen den Bündeln nur schmale, helle Zwischenräume vorhanden sind, durchziehen die Ausläufer des Netzwerkes der Grundsubstanz dieselben in Gestalt überaus zarter, grauer, grösstentheils conischer Zäckchen, durch welche das Netz sämmtlicher Bündel unter einander verbunden wird. Letztere Verhältnisse sind insbesondere an Querschnitten der Bindegewebsbündel mit grosser Deutlichkeit zu sehen.

Dasselbe Netzwerk lässt sich in violetter Färbung durch eine einhalbprocentige Goldchloridlösung zur Anschauung bringen, wenn man vorher die Hautstücke auf eine oder mehrere Stunden in eine schwache Essigsäurelösung legt. Die Dauer der Einwirkung des Goldchlorids erstreckt sich auf mehrere Stunden, ohne dass ich im Stande wäre, eine bestimmte Zeit anzugeben. Am besten ist es, den Färbungsprocess von Stunde zu Stunde zu unterbrechen und den Schnitt dem vollen Tageslichte auszusetzen. Sehr leicht tritt Ueberfärbung ein und wird selbstverständlich das Präparat hierdurch werthlos. Aus einer grösseren Zahl von Versuchen habe ich nur wenige brauchbare und überzeugende Präparate gewinnen können.

Nachdem man sich von der Anwesenheit eines Netzwerkes von lebender Materie in der Grundsubstanz der Bindegewebsbündel überzeugt hat, werden die angegebenen Methoden eigentlich überflüssig. Man braucht nur in einhalbprocentiger Chromsäurelösung gehärtete Hautstücke nach vorhergegangener Celloidin-Einbettung in dünne Plättchen zu zerlegen und dieselben im Wasser zu untersuchen, oder unmittelbar nach erfolgtem Zusatze von Glycerin. Bevor das Glycerin in das Gewebe eindringt, hat man mehrere Stunden lang Gelegenheit, das Netz klar zur Ansicht zu bekommen. Sobald die Aufhellung durch das Glycerin erfolgt ist, wird das Netz undeutlich, und in längere Zeit montirten Präparaten ist von demselben nur eine Spur, in Form blaugrauer Körnchen und Fäden zu erkennen; die dünnsten Schnitte der Bündel erscheinen dann in der Regel nahezu homogen.

Ich habe somit das Leben der Grundsubstanz der Cutis nachgewiesen.

S. Stricker hat schon im Jahre 1880 die neue Anschauung von dem Leben der Grundsubstanzen im Allgemeinen als richtig anerkannt. Er bemerkt in seiner „Allgemeinen Pathologie", 1883, dass ihm, nachdem das Leben der Grundsubstanzen erwiesen sei, die Bedeutung derselben unklar erscheine. Dem gegenüber muss ich bemerken, dass nicht die Grundsubstanz in toto lebt, sondern dieselbe von einem Netzwerk lebender Materie durchzogen wird, ebenso wie das Protoplasma auf einer gewissen Höhe der Entwickelung. Während die Maschenräume des Netzes im Protoplasma eine, wahrscheinlich stickstoffhältige Flüssigkeit enthalten, sind die Maschenräume der Bindegewebsbündel mit einer soliden, beim Kochen leimgebenden Substanz erfüllt. Vom Leime aber wissen wir nur, dass er reich an Stickstoff ist, eine chemische Formel für denselben haben bis jetzt selbst die besten Biochemiker nicht feststellen können.

Durch meine Untersuchungen habe ich Folgendes feststellen können.

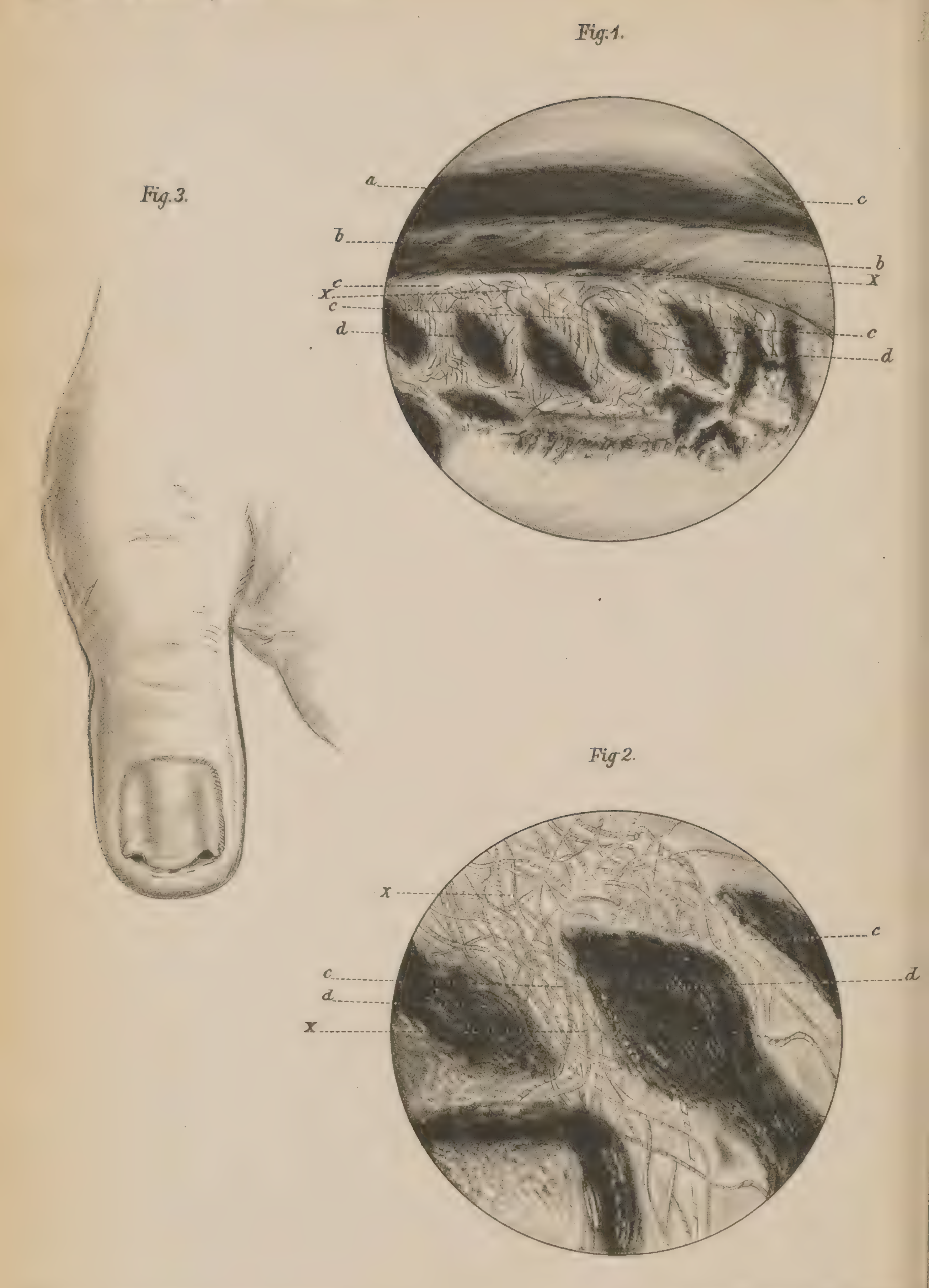
1. Das Cutisgewebe enthält individuelle Zellen im Sinne der Zellentheoretiker ebensowenig, wie irgend eine andere Varietät des Bindegewebes. Alles Protoplasma liegt zwischen den Bindegewebsbündeln und ist ebenso continuirlich, wie im myxomatösen Gewebe.

2. Das Protoplasma ist nicht nur mittelst gröberer flügelförmiger Fortsätze ein continuirliches, sondern auch durch ein zartes Netz von lebender Materie, welches die Grundsubstanz der Bindegewebsbündel durchsetzt.

3. Protoplasma und Grundsubstanz sind von gleicher Structur und kann eines in das andere jederzeit übergehen. Protoplasma wird in fortschreitender physiologischer Entwickelung zu Grundsubstanz und letztere wieder bei seniler Atrophie und insbesondere bei pathologischen Vorgängen zu Protoplasma.

4. In der Cutis leben nicht nur die früher als „Bindegewebszellen" bezeichneten Protoplasmabildungen, sondern es lebt auch die Grundsubstanz der Bindegewebsbündel. Nach der Verflüssigung der Grundsubstanz, der starren Grundsubstanz, wird deren lebende Materie frei und proliferations- und bildungsfähig, ebenso wie das Protoplasma selbst.





Fabry: Onychomycosis favosa.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth. Wien, VII. Bez.

Ueber Onychomycosis favosa.

Von

Dr. med. J. Fabry in Dortmund.

(Hiezu Tafel VIII.)

Die Favuserkrankung des Nagels ist selbst nach dem Ausspruche von Autoren, denen ein reiches Beobachtungsmaterial zur Verfügung steht, eine selten gesehene Affection. Aus diesen Gründen erklärt es sich wohl, dass genannter Gegenstand in einzelnen Lehrbüchern verhältnissmässig kurz abgehandelt wird; auch die Durchsicht der Specialliteratur weist entsprechend wenig Arbeiten auf, welche die mykotischen Erkrankungen des Nagels abhandeln.

Nichtsdestoweniger ist das klinische Bild des Nagelfavus so gut gekannt und so genau präcisirt, — ich erinnere nur an die classische Darstellung in dem Lehrbuch von Hebra und Kaposi sowie in dem Lehrbuch von Kaposi — dass es wohl überflüssig erscheinen dürfte, eine weitere Casuistik der uns beschäftigenden Krankheit zu bringen.

Wenn ich es dennoch unternehme, die Krankengeschichte eines Favus des Nagels mitzutheilen, so geschieht dies einmal, weil der klinische Verlauf des von mir beobachteten in mancher Beziehung nicht uninteressant ist, dann aber auch, weil ich es versucht habe, mit den uns heute zu Gebote stehenden Hilfsmitteln der mikroskopischen Technik mir über das Verhältniss der Achorionpilze zu der erkrankten Nagelsubstanz Klarheit zu verschaffen.

Vor Allem interessirte hierbei die Frage der Localisation der Pilze, über welche verschiedene Ansichten laut geworden sind.

Wie wir sehen werden, fehlt es nicht an Stimmen, die dafür plaidiren, dass die Favus- und Herpes tonsurans-Pilze bei langem Bestande der Krankheit auch in die Cutis einzudringen vermöchten.

Man durfte wohl mit Recht vermuthen, dass in dem mitzutheilenden Falle, wo der Nagelfavus über 30 Jahre bestand, sich dieselben auch in den Coriumpapillen würden nachweisen lassen. Doch davon später.

Bei einer auch noch so knapp gefassten Besprechung der Literatur werden wir nicht umhin können, auch die übrigen Nagelmykosen mitzuberücksichtigen; ursprünglich wurden eben die mykotischen Erkrankungen des Nagels nicht von einander geschieden. Da es sich ferner hinsichtlich der am Nagel verursachten pathologischen Vorgänge um sehr nahestehende Pilze handelt, die zumeist sehr schwer zu unterscheidende Erscheinungen hervorrufen, so sind alle diese Abhandlungen in demselben Sinne zur Deutung der vorliegenden Störungen zu verwerthen.

Das Verdienst, zuerst auf die Pilzerkrankungen des Nagels hingewiesen zu haben, gebührt Baum und Meissner;[1]) es folgten in den nächsten Jahren Publicationen von Förster[2]) und Virchow;[3]) ich darf hier von einer eingehenden Erörterung Abstand nehmen, da Bergh[4]) in einer Arbeit vom Jahre 1870 bereits eine historische Darstellung und Literaturübersicht des bis dahin Erschienenen gibt. Vor Allem scheint es mir wichtig festzustellen, dass man damals die Aufstellung mehrerer Mykosen des Nagels noch nicht allgemein anerkannte. Selbst Bergh hält es noch für anticipirt, mehrere Formen von parasitärer Onychie anzunehmen.

Umsomehr verdient daher hervorgehoben zu werden, dass Köbner[5]) schon längst die Onychomykosis Virchow's als Herpes tonsurans erwiesen hatte. Es ist allgemein anerkannt, dass die

---

[1]) Arch. f. physik. Heilkunde, XII. Bd., S. 193, 1853.

[2]) Spec. pathol. Anat. 1854, S. 878.

[3]) Würzburg. Verh. 1854, V. Bd., S. 102 und Virchow's Arch., 9. Bd., S. 580.

[4]) Bergh, Arch. f. Derm. u. Syph. 1870, 2. Heft, S. 286.

[5]) Köbner, Virchow's Arch., 22. Bd., 1861.

fundamentalen Untersuchungen[1]) desselben Forschers die bis dahin auf dem Gebiete der Mykosen bestehenden falschen Anschauungen widerlegten und leicht einzusehen, dass, erst nachdem die übrigen klinischen Merkmale, die sich als eine Folge der Pilzinvasion uns präsentiren, bis ins Detail genau gekannt waren, auch eine Bestimmung und Trennung der Nagelsymptome möglich war. Man beobachtet nämlich für gewöhnlich die Coincidenz anderer, durch dieselbe Ursache bedingter Erscheinungen mit den Veränderungen an den Nägeln, und hiedurch wird die Diagnose wesentlich erleichtert.

Im Folgenden gebe ich die weitere nach der Bergh'schen Publication erschienene Literatur:

Vidal[2]) beschreibt einen Herpes tonsurans des Nagels bei einem Patienten, der seit drei Jahren an einem über den ganzen Körper verbreiteten Herpes leidet. „Zuerst verdickt sich der Nagel und wird emporgehoben; man sieht dann durch denselben kleine bräunliche Punkte durchschimmern, die durch Anhäufungen von Sporen erzeugt werden. Später wuchert der Pilz in das Nagelblatt hinein, indem er es in Längsstreifen durchzieht, es auflockert und in Lamellen zerklüftet."

Die durch Eindringen von Pilzelementen in die Nagelplatte bedingten Degenerationen sind nach Unna[3]) stets secundärer Natur; es erkrankt primär die Hornschichte des Nagelbettes und von hier aus wird die Nagelplatte inficirt.

Als Resultat seiner Untersuchungen über Favus und Herpes tonsurans, die sich allerdings nicht auf die Nagelerkrankung beziehen, theilt Balzer[4]) mit, dass der Favuspilz in der Regel die Hornschicht nicht verlässt und nur die Malpighi'schen Zellen zusammendrückt, dass jedoch in vorgeschritteneren Fällen auch ein Eindringen in das Lederhautgewebe vorkommt.

---

[1]) Köbner, Klin. u. experim. Mittheilungen 1864.

[2]) Vidal, Ueber Herpes tonsurans des Nagels. — Gaz. des hôpit. 29., 1880; nach dem Referat in d. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1880, S. 590.

[3]) Unna, Vorstudien zu einer Onychopathologia. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1881. S. 23, 24.

[4]) Balzer, Histologische Untersuchung über Favus und Trichophytie. — Arch. gén. de méd., Oct. 1881; nach dem Referate in d. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887, S. 584.

Kaposi[1]) beschreibt einen Fall von Favus universalis, der auch an Favus der Fingernägel litt.

Pellizari[2]) hebt hervor, dass der Herpes tonsurans der Nägel keineswegs so selten sei, dass die Erkrankung so schwer zu beseitigen sei, erklärt Verfasser sich aus dem tiefen Eindringen der Pilze, die sich auch in der Cutis des Nagelfalzes vorfinden können.

Die Krankengeschichte des von mir beobachteten Falles von Nagelfavus sei nunmehr mitgetheilt.

Patient, ein 41jähriger Kaufmann, ist wegen Gonorrhoea chronica in Behandlung und durch Zufall bemerkte ich bei ihm die Abnormitäten am Nagel, die ihn gewiss niemals veranlasst hätten, ärztlichen Rath in Anspruch zu nehmen. Auch hatte Patient keine Ahnung von der Natur des Leidens, welches sehr bald durch die mikroskopische Untersuchung als Favus des Nagels bestimmt wurde.

Die nunmehr erhobene Anamnese ergab Folgendes:

Im Alter von 6 Jahren hat Patient an einem Ausschlag des Kopfes gelitten, der Efflorescenzen von der Farbe „des Eigelb" darbot und nach jahrelangem Bestehen — bis zum 22. Lebensjahre — ein so starkes Defluvium capillorum herbeiführte, dass Patient längere Zeit eine Perücke zu tragen gezwungen war. Angeblich spontan soll der Process auf dem Kopfe zur Abheilung gekommen sein. Mehrere jüngere Geschwister haben an einem ähnlichen Kopfausschlag gelitten, der durch Epilation und medicamentöse Behandlung in kürzerer Zeit beseitigt wurde. Schon seit den Schuljahren hat Patient die Erkrankung der Nägel bemerkt, ohne zu wissen, dass dieselbe mit dem früheren Kopfausschlag zusammenhänge und sogar infectiös wäre. Ob an den Fussnägeln etwas Aehnliches vorhanden ist, weiss Patient nicht, jedoch glaubt er es nicht. Während nämlich die erkrankten Fingernägel nur bis zu einer bestimmten Grösse heranwachsen und dann abbrechen, meist durch ein leichtes Trauma, hat Patient etwas Aehnliches an den Zehennägeln nicht bemerkt. Sonstige Haut-

---

[1]) Kaposi, Ueber einen Fall von Favus universalis. — Sitzungsber. d. Wiener Ges. d. Aerzte vom 17. Oct. 1884.

[2]) Pellizari, Ricerche sul trichophyton tons.; nach dem Referate in d. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888, S. 623.

leiden hat Patient nie gehabt, ist überhaupt seit jeher, abgesehen von seiner Gonorrhöe, nie krank gewesen.

Der aufgenommene objective Befund lautet: Von den Fingernägeln sind erkrankt derjenige des Daumens der linken und derjenige des Index der rechten Hand. Auf diese beiden Nägel bezieht sich das in der Anamnese Angeführte, da Patient mit aller Bestimmtheit angibt, der Krankheitsprocess wäre immer auf dieselben beschränkt gewesen. Jedenfalls ist heute an den übrigen Fingernägeln nicht das geringste Abnorme nachzuweisen, die Nägel sind in der Form und dem Aussehen schön zu nennen. Die deutlichste Wachsthumsstörung findet sich am Daumen. Die Nagelplatte steht von dem Nagelbett weit ab und in dem Raum zwischen beiden finden sich dicke Anhäufungen bröcklicher Massen; die Platte selbst ist grünlich verfärbt, diffus getrübt und spröde; sie fühlt sich von oben glatt an. Die Verfärbung des Nagels zeigt insoweit eine eigenthümliche Anordnung als sich in dem der Matrix nahen Theile der Platte ein Dreieck abhebt von der Beschaffenheit der gesunden Nägel. Die Basis dieses gleichschenkeligen Dreiecks bildet ungefähr die Lunula. Jegliche entzündliche Reaction der Haut unter dem Nagel, sowie in der Umgebung fehlt, auch ist Druck auf die Nagelplatte oder auf irgend welchen Punkt der Nagelphalanx absolut schmerzlos. Der Zeigefingernagel der anderen Hand zeigt fast dieselben Veränderungen, jedoch ist die Form der Platte von oben gesehen die normale geblieben, convex, während dieselbe am Daumen schaufelförmig concav ist.[1])

Von den Zehennägeln sind erkrankt am linken Fuss derjenige der Mittelzehe, am rechten die der mittleren, vierten und kleinen Zehe. Die Erkrankung bietet hier ein von der der Finger absolut verschiedenes Bild; es finden sich circumscripte Trübungen im Nagel von deutlicher gelblicher Farbe, Bildungen, die am meisten an die bekannten Scutula erinnern, etwa 3—4 und mehr an einem Nagel. Die Nagelplatten stehen auch etwas weiter vom Nagelbett ab, die Formveränderung ist hier nicht so auffällig; nirgends eine Spur von Entzündung.

Auf dem Kopfe das bekannte Bild des abgelaufenen Favus,

---

[1]) Anmerkung. Die oben beschriebene Form des Daumennagels ist in Fig. III wiedergegeben.

um den Scheitel eine grosse kahle Stelle mit spärlichen schwarzen Haaren besetzt, die Patient durch Ueberkämmen des in der Peripherie sehr üppig wachsenden Haares sehr geschickt zu verdecken weiss. Haut narbig atrophisch, von Scutulis ist nichts zu entdecken. Auch an epilirten und mit Glycerinkalilauge behandelten Haaren lassen sich Achorionpilze nicht nachweisen. Sonst am Körper nichts Abnormes.

Gemäss der Anamnese und dem klinischen Befunde — auf das Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung werden wir noch näher eingehen — handelt es sich um einen Fall von abgelaufenem Favus capillitii, bei welchem von vorneherein, wahrscheinlich durch Kratzen mehrere Fingernägel inficirt wurden; gleichfalls besteht Favus an mehreren Zehennägeln. Während aber auf der Kopfhaut nach etwa 15jährigem Bestehen der Process zur Abheilung gelangte unter Bildung einer hochgradigen Alopecie, blieb an den Nägeln die Krankheit, in äusserst chronischer Weise verlaufend, noch bestehen bis zum 42. Lebensjahre, also circa 35 Jahre; dabei ist es gewiss auffallend, dass, obwohl Patient nicht im Geringsten therapeutische Massregeln ergriff, der Favus auf die ursprünglich befallenen Fingernägel beschränkt blieb; über die Erkrankung an den Zehen fehlt leider jede Anamnese. Und selbst an den erkrankten Nägeln waren die vorliegenden Veränderungen keineswegs derart, wie man bei dem sehr langen Bestande der Krankheit wohl hätte vermuthen dürfen. Eine Autoinfection, wozu sich doch gewiss die mannigfachste Gelegenheit geboten hätte, hat nie stattgefunden; Favus an anderen Stellen des Körpers ist im weiteren Verlauf der Krankheit nicht aufgetreten.

Kaposi unterscheidet zwei Formen von Nagelfavus, bei der einen finden sich kleinere umschriebene Trübungen des Nagelgewebes, die durch Anhäufung von Achorionpilzen bedingt, ein vollkommenes Analogon der Scutulabildung darstellen; bei der zweiten ist die Trübung eine mehr diffuse, über den Nagel verbreitete, ganz entsprechend ist die Vertheilung der Pilze in der Nagelsubstanz. Die Verfärbung bei dieser letzteren Art spielt mehr ins Grünliche, während die umschriebenen Trübungen von exquisit gelblicher Farbe sind.

Wir hatten bei unserem Patienten Gelegenheit beide Krank-

heitstypen zu beobachten; die umschriebene Form an den Zehen und die diffuse an den Fingern.

Mikroskopische Untersuchung.

Die mikroskopische Untersuchung erstreckte sich zunächst auf den Nachweis von Pilzelementen in den unter dem Nagel befindlichen Auflagerungen des Nagelbettes, indem die Schüppchen in Kalilauge aufgehellt und direct in Glycerin untersucht wurden. Es interessirte uns hier weniger zu constatiren, dass das Untersuchungsergebniss immer ein positives war, als das Verhalten der Achorionpilze bei den zwei verschiedenen soeben beschriebenen Arten des Nagelfavus, wie sie von Kaposi aufgestellt sind.

Von den Zehennägeln erzielten wir mikroskopische Bilder, die in nichts verschieden waren von denen, welche aus den zerquetschten Scutula gewonnen werden, reiche Verästelung des Mycels umschliessen kleinere und grössere Anhäufungen von Sporen. Bei den unter den Fingernägeln abgeschabten Epidermisschuppen fanden sich die Pilze keineswegs so zahlreich vor; man bemerkte beim Absuchen mehrerer Gesichtsfelder nur vereinzelte Pilzfäden, welche die Hornzellen umsponnen. Wir glauben nicht fehl zu gehen, wenn wir annehmen, dass die erstere Form das weiter vorgeschrittene Stadium der Nagelerkrankung dargestellt und dass bei ihr grössere Partien der Nagelplatte von den saftreichen tieferen Epidermisschichten und von dem Corium abgeschlossen werden und so zur Mumification gelangen.

In zweiter Linie richteten sich unsere Untersuchungen auf die Nagelplatte; auch zum Zwecke besserer Application der Medicamente wurde dem Patienten der Daumennagel, soweit sich die grünliche Verfärbung der Platte makroskopisch zeigte, mit Scheere und Pincette abgetragen; dabei kam es zu Blutung aus den Coriumpapillen, ein Zeichen, dass wir auch Theile des Nagels gewonnen hatten, die uns bei der mikroskopischen Untersuchung vor Allem darüber Aufschluss geben konnten, ob ein Eindringen von Seiten der Pilze in das Corium, wie es Campana[1]) für Trichophyton tonsurans neuerdings beschrieben und wie es für den Favus und Herpes tonsurans von Balzer,[2]) für den Herpes

[1]) Tageblatt der Kölner Naturforscher-Versammlung, 1888, S. 266.
[2]) Balzer l. c.

tonsurans des Nagels von Pellizari[1]) angenommen wird, stattgefunden hat.

Von dem Nagel wurden Stücke 24 Stunden lang in Alkohol-Aether eingelegt und dann in Paraffin eingebettet und mit dem Mikrotom möglichst dünne Schnitte senkrecht zur Nagelplatte angefertigt. Das Paraffin wurde mit Xylol aufgelöst.

Färbung der Schnitte nach der Weigert'schen[2]) Fibrinfärbemethode. Einbettung in Xylolbalsam.[3])

Bei schwacher Vergrösserung erscheinen die Hornschichten des Nagels dunkelblau tingirt, die Malpighische Schleimschichte hellblau und endlich die Coriumpapillen, soweit dieselben vorhanden sind, noch dunkler blau, wie die Hornschichten. Es sind diese Verhältnisse in Zeichnung I wiedergegeben.

Schon bei dieser Vergrösserung sind die Pilzfäden, die in dichten Geflechten zwischen den Coriumpapillen zusammenliegen, genau zu erkennen. Die Farbe ist eine intensiv blaue, fast ins Schwarze spielende. Die Verzweigungen der Pilzfäden setzen sich fort in die hellblaue Malpighische Schicht.

Wenn wir nun mit stärkerer Vergrösserung das Präparat einstellen, so finden wir die eben angedeuteten Verhältnisse vollkommen bestätigt: vor Allem ein dichtes Fadengewirre im Bereich der sich zwischen die Coriumpapillen fortsetzenden Epithelzapfen. Ein Eindringen in die Coriumpapillen und in die Cutis hat nicht statt, wohl sind die Coriumpapillen allenthalben von den Pilzfäden dicht umflochten. Gleich dichte Fadenverzweigungen liegen in den oberen Zellenlagern der Malpighischen Schicht, wie dies ja schon bei Besichtigung des Präparates mit schwacher Vergrösserung constatirt wurde. In den Hornlamellen des Nagels finden sich keine Fäden. Auffallend und vom gewöhnlichen, z. B. aus Scutulis gewonnenen Bilde abweichend ist, dass die Fäden flechtenartig zusammenliegen; einer nach allen Seiten hin gleichmässigen Vertheilung setzt das Nagelgewebe zu grossen Widerstand entgegen,

---

[1]) Pellizari l. c.

[2]) Weigert, Eine neue Methode zur Färbung von Fibrin und Mikroorganismen. V. Jahrg. d. Fortschr. d. Med., S. 228.

[3]) Anmerkung. Auf eine Aufhellung der Pilze vermittelst Kalilauge wurde Verzicht geleistet.

bis in die Hornschichten lassen sich die Verzweigungen nicht verfolgen. Sporenanhäufungen finden sich nirgends. Aber umgekehrt lassen sich an den Fadenverzweigungen keine Zeichen regressiver Metamorphose nachweisen, sie tragen vielfach kolbige Verdickungen der Endigungen, die hie und da Sporen abschnüren, also in Keimung begriffen sind.

Es scheint mir dies nicht ganz belanglos zu sein bezüglich der Discussion der Frage, ob die Achorionpilze einfach mechanisch aus mehr centralen nach peripherisch gelegenen Schichten allein durch den Verhornungsprocess getragen werden, oder ob sie spontan das Nagelgewebe durchsetzen durch Auskeimung der Fäden. Die eben geschilderten mikroskopischen Bilder sprechen für die letztere Annahme.

Das Ergebniss meiner mikroskopischen Untersuchung, das insbesondere an einer ganzen Reihe von Schnittpräparaten immer ein übereinstimmendes war, möchte ich in folgenden Sätzen zusammenfassen. Diese Schlussfolgerungen beziehen sich natürlich nur auf den oben beschriebenen Fall und kann ihnen eine allgemeinere Bedeutung nicht beigelegt werden.

I. Das Terrain, in welchem sich die durch den Favuspilz bedingten Vorgänge abspielen, ist, wie an der Haut überhaupt, so auch am Nagel sein epithelialer Theil; auch bei dem langen Bestehen, wie wir in unserem Falle zu beobachten Gelegenheit hatten, war von einem Eindringen der Pilze in die Cutis nicht die Rede.

II. Das Vordringen und die Weiterverbreitung der Pilze zwischen den Epidermisschichten ist ein actives, sie werden nicht mechanisch mit der fortschreitenden Proliferation und Umwandlung der Schleimschichten in Hornschichten an andere Stellen verschleppt.

III. Die Hauptbrutstätte für die Achorionpilze ist am Nagelgewebe zwischen Coriumpapillen und den Epithelzapfen zu suchen; von da aus dringen die Pilze in die oberen Schichten nicht verhornter Epidermis. In den Hornschichten des Nagels ist kein geeigneter Nährboden für dieselben. Wir verweisen auf Figur 2.

IV. Gerade durch die sub III hervorgehobenen Punkte erklärt sich das Zustandekommen der Mumification des Nagels sehr

gut, indem durch die zwischen Coriumpapillen und Epithelzapfen des Rete Malpighii gelagerten Pilzmassen die Epithelschichten von den ernährenden Gefässen der Lederhautpapillen abgeschnitten werden.

Die Behandlung war in dem mitgetheilten Falle die allgemein übliche: Abtragen der erkrankten Nagelpartien mit der Scheere und Entfernung der Pilzmassen unter dem Nagel auf mechanische Weise, Zerstöruug des Restes durch Application desinficirender Mittel (Sublimat, Salicyl und Carbol) im abschliessenden Guttapercha-Verbande. Die Heilung war eine vollständige.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VIII.

Fig. I. Schwache Vergrösserung.
- *a* Hornschichten.
- *b* Malpighische Schleimschicht.
- *c* Epithelfortsätze zwischen den Coriumpapillen.
- *d* Coriumpapillen.
- *x* Achorionpilze.

Fig. II. Starke Vergrösserung.
- *c* Epithelfortsätze zwischen den Coriumpapillen.
- *d* Coriumpapillen.
- *x* Achorionpilze.

Fig. III stellt die Formveränderung des Daumennagels dar und bedarf wohl keiner weiteren Erklärung.

Zur Casuistik des Capitels: Syphilis und Reizung.

Von

Dr. Arthur Plumert,

k. u. k. Fregattenarzt. em. Assistent der Deutschen dermatologischen Klinik in Prag.

Ricord[1]) hat in seinen „Leçons sur le chancre" ausführlich auf die, schon von Cazenave um die Mitte der Vierziger Jahre erwähnte Thatsache aufmerksam gemacht, dass die verschiedenartigsten, gar nicht specifischen Reize auf der äusseren Haut und den Schleimhäuten von Individuen, die an constitutioneller Syphilis leiden, syphilitische Affecte hervorrufen.

Ein jeder Hieb, Stich oder Schnitt kann also einen solchen Affect auslösen und waren es ob der Häufigkeit des Vorkommens zunächst auch die äusseren Wunden und Verletzungen, die diesbezüglich beobachtet wurden.

Petit[2]) stellt fest, dass bei Individuen, die mit latenter Syphilis behaftet waren, Syphiliseruptionen an der Wundstelle selbst oder entfernt davon auftreten, ja dass durch äussere Verletzungen überhaupt ein erneuerter Syphilisausbruch angeregt werden kann.

Nach den Erfahrungen, die der deutsch-französische Feldzug brachte, lehrte Düsterhoff[3]), dass zwar im Allgemeinen latente

---

[1]) Ricord, Leçons sur le chancre. Paris, 2. Aufl. 1879.

[2]) Petit, De la Syphilis dans ses rapports avec le traumatisme. Paris 1875.

[3]) Düsterhoff, Kritik der bisherigen Ansichten über den Einfluss der constitutionellen Syphilis auf den Verlauf der Kriegsverletzungen. — Arch. f. klin. Chir. 1878.

Syphilis den Wundverlauf nicht complicire, doch sah auch er zum Oefteren die Haut auf die durch Wunden gesetzten Insulte mit syphilitischen Efflorescenzen antworten.

Folinea[1]) dehnt die Ansicht Düsterhoff's weiter aus, indem er publicirt, dass die Syphilis „im entzündlichen Stadium" Traumen in syphilitische Läsionen umwandle, und dass überhaupt Verletzungen bei Syphilitischen der Herd neuer specifischer Eruptionen werden können. Zahlreiche Autoren berichten ferner, dass auf kleinere chirurgische oder anderweitige therapeutische Eingriffe, die an latent Luetischen vorgenommen wurden, locale specifische Reactionen erfolgten. So auf Einstiche mit der Injectionsspritze, auf Wunden, die ein Schröpfen oder Aderlassschnepper setzten, auf den Biss von Blutegeln,[2]) auf lauwarme Kataplasmen[3]) und Anderes mehr. Ich selbst applicirte in den letzten Jahren einmal einer Prostituirten, die an einer acuten Perimetritis litt, 10 Stück Blutegel.

Nach mehr als 14 Tagen, sie war schon längst aus meiner Behandlung getreten, stellte sie sich wieder bei mir vor und präsentirte mir 10, etwa kreuzergrosse, nässende Papeln, die genau an den Bissstellen der Blutegel auf der Bauchdecke entstanden waren.

In bewegteren Fluss wurde die Frage über die Einwirkung äusserer Insulte auf Luetische durch eine Arbeit Tarnowsky's[4]) gebracht, die unter dem Titel „Syphilis und Reizung" seinerzeit in vorliegender Zeitschrift erschienen ist.

In ausführlicher Abhandlung legt derselbe dar, dass sich in gewissen Stadien der Lues syphilitische Erscheinungen an allen jenen Stellen bemerkbar machen, die von aussen irgendwie irritirt werden. So entstehen zum Beispiel nach Aetzungen mit Ricord'scher Pasta locale circumscripte Entzündungen der Haut, die sich nach und nach in wirkliche tiefe specifische Infiltrate umwandeln.

---

[1]) Folinea, Giornale internaz. di scient. med. 1879, Heft 10—12.

[2]) Gay, Syphilis und Reizung. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1879, S. 549.

[3]) Finger, Ueber Syphilis und Reizung. — Prager med. Wochenschr. 1881, Nr. 40.

[4]) Tarnowsky, Syphilis und Reizung. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1877. S. 589.

Doch gelang diese „Provocation der Syphilis", wie sich später zeigte, weder ihm selbst, noch auch den diesbezüglichen Forschern Köbner,[1]) Kaposi,[2]) Gay,[3]) Rinecker[4]) und Rieger[5]) in allen Fällen.

Um solche Infiltrate zum Entstehen zu bringen, bedarf es aber nicht immer wirklicher Läsionen. Oft genügt blosser äusserer Druck, der eine oft nur kleine Hyperämie hervorruft, wie der Druck von Kleidungsstücken, Hosenträgern, Tragbändern, ja selbst die Reibung eines Haarzopfes auf dem unbedeckten Nacken,[6]) um obigen Effect zu erzielen.

Am wenigsten studirt und mit Casuistik belegt ist aber die Thatsache, dass auch der durch anderweitige Hautkrankheiten auf die Cutis ausgeübte Reiz zur Entstehung von syphilitischen Complicationen Anlass gibt, welche sich in ihrem Verlauf genau an die durch die vorhergehenden Hautkrankheiten hyperämisirten Partien halten.

Bamberger[7]) und Stöhr[8]) berichten bereits über Umwandlung von Variola-Efflorescenzen in syphilitische Geschwüre und Ende der Siebziger Jahre sah ich an Professor Pick's Klinik einen Fall, in welchem das Suppurationsstadium bei einem variolakranken syphilitischen Finanzwachmanne plötzlich abbrach und sich successive alle Variola-Efflorescenzen in Papeln umwandelten.

Finger[9]) beschreibt die Transformation von Furunkeln in syphilitische Ulcerationen, sowie die Entwickelung von kleinpapulösem Syphilid auf dem Boden artificiellen Eczems. Neuestens

---

[1]) Köbner, Reizung und Syphilis. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1878, S. 589.

[2]) Kaposi, Reizung und Syphilis. — Selbe Zeitschr. 1879, S. 279.

[3]) Gay, Ueber Reizung und Syphilis. — Ebendaselbst 1879, S. 543.

[4]) v. Rinecker, Reizung und Syphilis. — Sitzung d. phys.-med. Ges. vom 15. November 1879, referirt ebendaselbst 1879, S. 399.

[5]) Rieger, Ueber Schanker, Cancroid und ihre Metamorphosen. — Ebendaselbst 1881, S. 1889.

[6]) Finger, Syphilis und Reizung. — Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. Leipzig und Wien bei Denticke 1888, S. 76.

[7]) Bamberger, Zeitschr. f. prakt. Heilk. 1858.

[8]) Stöhr, Deutsches Arch. f. klin. Med. 1868.

[9]) Finger, Ueber Syphilis und Reizung. — Prager med. Wochenschr. 1881, Nr. 40.

veröffentlicht Unna[1]) einen Fall, bei welchem sich das syphilitische Exanthem genau an die Grenzen der hyperämischen Zone eines sogenannten seborrhoischen Eczems hielt.

Am öftesten vorkommend und daher auch am bekanntesten sind wohl die Fälle, wo die Secrete des eigenen Körpers, wie Fluor, Schweiss, Urin, Smegma, Tripperausfluss Hyperämien und Dermatitiden erzeugen, die dann der Sitz ausgebreiteter syphilitischer Infiltrate werden. Daher das häufige Vorkommen von solchen an den Genitalien, dem After und dem Mittelfleisch.

Auf dasselbe Feld gehören auch die syphilitischen Efflorescenzen, die sich an den Bissstellen von Parasiten, wie von Läusen, Flöhen, Krätzmilben und Wanzen bilden.

Nach dieser vorausgeschickten kurzen literaturhistorischen Recapitulation, will ich zur Besprechung meines Falles selbst übergehen.

Herr N. N., Seeofficier, 26 Jahre alt, acquirirte Anfangs September 1886 einen harten Schanker, der seinen Sitz an der Vorhaut des Gliedes hatte. Unter localer Behandlung heilte das Geschwür, mit Rücklassung einer verhärteten Narbe, innerhalb eines Monates. Schon in den ersten Wochen des Novembers trat ein maculöses Syphilid auf, wegen dessen Patient abermals einen Arzt consultirte, der ihm Jodkalium, 8 Gr. auf 300 Gr. Wasser, 3 Esslöffel täglich, verordnete. Als sich das Exanthem nur langsam rückbildete, liess man Herrn N. noch 18 Einreibungen, à 3 Gr., mit grauer Salbe machen, worauf das Exanthem schwand. Herr N., der sehr ängstlich und um seine Gesundheit sehr besorgt ist, nahm nun das Jodkali auch ohne ärztliche Anordnung bis Ende Jänner weiter und verbrauchte auch noch etwa 80 Schmierkapseln unter Benützung der früher erhaltenen Recepte.

Um Pfingsten 1887 bemerkte Herr N. die ersten Schleimhautpapeln an der Zunge und der Wangenschleimhaut, that aber, da er eingeschifft war und die Einschiffung nicht verlieren wollte, nichts dagegen. Im September 1887 wurde ich Chefarzt eines Schulschiffes, auf dem sich auch Herr N. befand.

Nachdem er mich consultirte, liess ich ihn, da seine Dienstes-

[1]) Unna. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, Nr. 21, S. 1067.

bestimmung momentan keine andere Behandlungsweise zuliess, durch zwei Monate Protojoduretpillen nehmen, worauf auch unter combinirter localer Behandlung, die Papeln schwanden und Patient bis Ende März 1888 von allen Syphilissymptomen frei war.

Um diese Zeit kehrten die Plaques muqueuses wieder, wollten der blossen localen Behandlung nicht weichen und als auch noch die Nackendrüsen mächtig schwellten, trat Herr N. am 2. Mai in das k. k. Marinespital zu Pola ein. Hier machte er nun zunächst 30 Einreibungen, à 3 Gr., und bekam als Abschluss dieses Cyklus durch 14 Tage täglich Früh und Abends 250 Gr. Zittmannisches Decoct. Als nach Verbrauch dieses, sich wieder neue Papeln zeigten, machte er abermals 18 Einreibungen und trank auch noch eine Woche Zittmann. Am 11. Juli verliess Patient das Marinespital, ohne von seinem Leiden ganz geheilt zu sein. Ab und zu stellten sich einzelne Schleimpapeln auf der Zunge oder den Lippen ein, die meist schon nach einmaligem Touchiren schwanden. Da ich Anfangs August mit S. M. Corvette „Frundsberg“ Pola verliess, kam mir Herr N. für längere Zeit ausser Sicht. In den ersten Augusttagen 1888 wurde er nach Triest abcommandirt.

Zu derselben Zeit entstanden, nach seiner späteren Angabe, an der Beugeseite des rechten Oberarmes einzelne rothe Knötchen und Bläschen, die heftig juckten, und aufgekratzt eine trübe Flüssigkeit entleerten.

Er bestreute dieselben mit Reispulver und legte Heftpflaster darüber.

Auch die Plaques recidivirten mit erneuerter Stärke, so dass er wieder Jodkali zu nehmen begann.

Am 11. December nahm er nun einen längeren Urlaub und trat in die Schrott'sche Heilanstalt in Lindewiese ein. Dort sollen nun, unter Hunger und feuchtwarmen Einpackungen, die Plaques sehr bald geschwunden sein, so dass er am 21. Jänner 1889 als „gänzlich geheilt“ von dort entlassen wurde. Der nässende und juckende Ausschlag hatte sich aber unter den Einpackungen sehr verschlechtert, umso mehr, da ihm dagegen nichts ausser Trockenlegung mit Watta verordnet wurde. Im Februar und März hatte sich der juckende Ausschlag auf der ganzen Beugefläche des Oberarmes ausgebreitet und griff auch

auf die Brust über, ohne aber die Mittellinie derselben zu überschreiten. Um diese Zeit bemerkte Herr N., der sich, wie schon erwähnt, gewissenhaft und ängstlich beobachtete, dass sich zwischen den kleinen Knötchen ein zweiter Ausschlag bemerkbar mache, dessen einzelne Efflorescenzen rasch grösser wurden, rund oder ovalär geformt waren und röthlichbraun gefärbt erschienen. Einzelne waren mit matten Schuppen bedeckt, andere nässten. Dieser Ausschlag juckte gar nicht.

Gegen Ende März kehrte ich mit S. M. Schiff „Frundsberg" nach Pola zurück und wurde sofort von Herrn N. aufgesucht.

Ich fand nun folgenden Status praesens:

An der ganzen Beugeseite des rechten Oberarmes, über dem grossen Brustmuskel und endlich in einer, nach oben durch das Schlüsselbein, nach unten durch die Brustwarze, seitlich durch die Mittellinie begrenzten Fläche der rechten Brustseite erscheint die Haut theils diffus geröthet, theils braunroth pigmentirt. In dieser ganzen Ausdehnung finden sich zerstreute, an den Grenzen mehr in Gruppen gestellt, kleine Knötchen und Bläschen, die nur manchmal aufgekratzt sind und dann mit einer Kruste bedeckt erschienen. Wo mehrere solche Efflorescenzen confluirten, waren sie mit einer gelbbraunen Borke bedeckt, nach deren Abhebung das entblösste und nässende Corium sichtbar wurde. An den oben erwähnten pigmentirten Partien bemerkte man graubraune, mattglänzende Schuppen. Zwischen diesem kleinknotigen und bläschenförmigen Exanthem eingestreut, dasselbe überragend, findet sich ein zweites, dessen Efflorescenzen aus meist runden, erhabenen, braunen oder kupferrothen Papeln bestanden, die an der Oberfläche mit matten, grauen Schuppen bedeckt waren, oder auch hie und da macerirt erschienen und nässten. An einzelnen Stellen folgten sie mit einer gewissen Regelmässigkeit den Striemen alter Kratzeffecte, die man wie rastrirte Linien parallel verlaufen sah.

Auf den ersten Blick ist zu ersehen, dass diese Erkrankung der Haut nur ganz bestimmte Nervenbezirke befallen hat und zwar die Verästlungsbezirke folgender Hautnerven:

a) der Rami ant. intercost. I, II, III (intercosto-humeralis) und des Nervus cutan. brachii internus;

b) der Nervi cut. laterales pectoris anteriores;

c) der Nervi cut. pectoris anteriores.

Die angrenzenden Districte der Rami cutanei nervor. cervical. III und IV (Nervi supraclaviculares) und der Rami cutan. plex. cervical. inferior. (ram. cut. nervi axillaris und rami cutan. antibrachii nervi radialis sind vollkommen frei geblieben.

Die erste der aufgetretenen Hauterkrankungen präsentirt sich uns nach der Entstehungsweise, dem Verlauf und dem gegenwärtigen Bild mit seinen Entzündungserscheinungen, den Knötchen, Bläschen, Borken und mit dem Jucken als ein acutes Eczem. Die Beziehung des acuten Eczems zu dem Nervenverlauf, indem es genau die durch die oben angeführten Nerven gegebene anatomische Richtung einhält, ist mir neu gewesen und habe ich auch diesbezüglich in der Literatur nichts finden können, so dass schliesslich die Erklärung nahe liegt, ob es sich nicht ursprünglich um einen Herpes zoster gehandelt habe, aus dem sich durch örtliche Reize das Eczem entwickelte. Doch werden alle dahin bezüglichen, an den hochintelligenten Patienten gestellten anamnestischen Fragen negativ beantwortet.

Nach Ausschluss der Ansicht, dass das Eczem nach einem Herpes zoster und der vielleicht in Folge dessen eingeleiteten medicamentösen Behandlung entstanden ist, wäre hier noch die Frage offen, ob es sich um ein idiopathisches Eczem handelt, das durch einen äusseren Reiz (der Patient trägt Jägerwäsche, machte wiederholte Schmiercuren mit) entstanden ist oder ob es als ein symptomatisches Eczem, also als Reflex des krankhaften Zustandes des Organismus, hier durch die lange Lues bewirkt, aufzufassen ist. In letzterem Falle dürfte sich vielleicht eher ein Causalnexus zwischen dem Eczem und seiner Beziehung zu dem Nervenverlauf combiniren lassen.

Innerhalb dieser von dem Eczem eingenommenen Zone entwickelt sich nun bei dem im condylomatösen Stadium der Lues befindlichen Patienten ein weiteres Exanthem, dessen einzelne Efflorescenzen sich uns durch Farbe, Form und weiteres Verhalten bis zur vollkommenen Involution, als specifische Papeln manifestiren.

Ohne an einer anderen Körperstelle hervorzubrechen, haben sie sich alle auf dem Boden etablirt, der durch das Eczem in einen hyperämisirten Reizungszustand versetzt worden ist. Wo

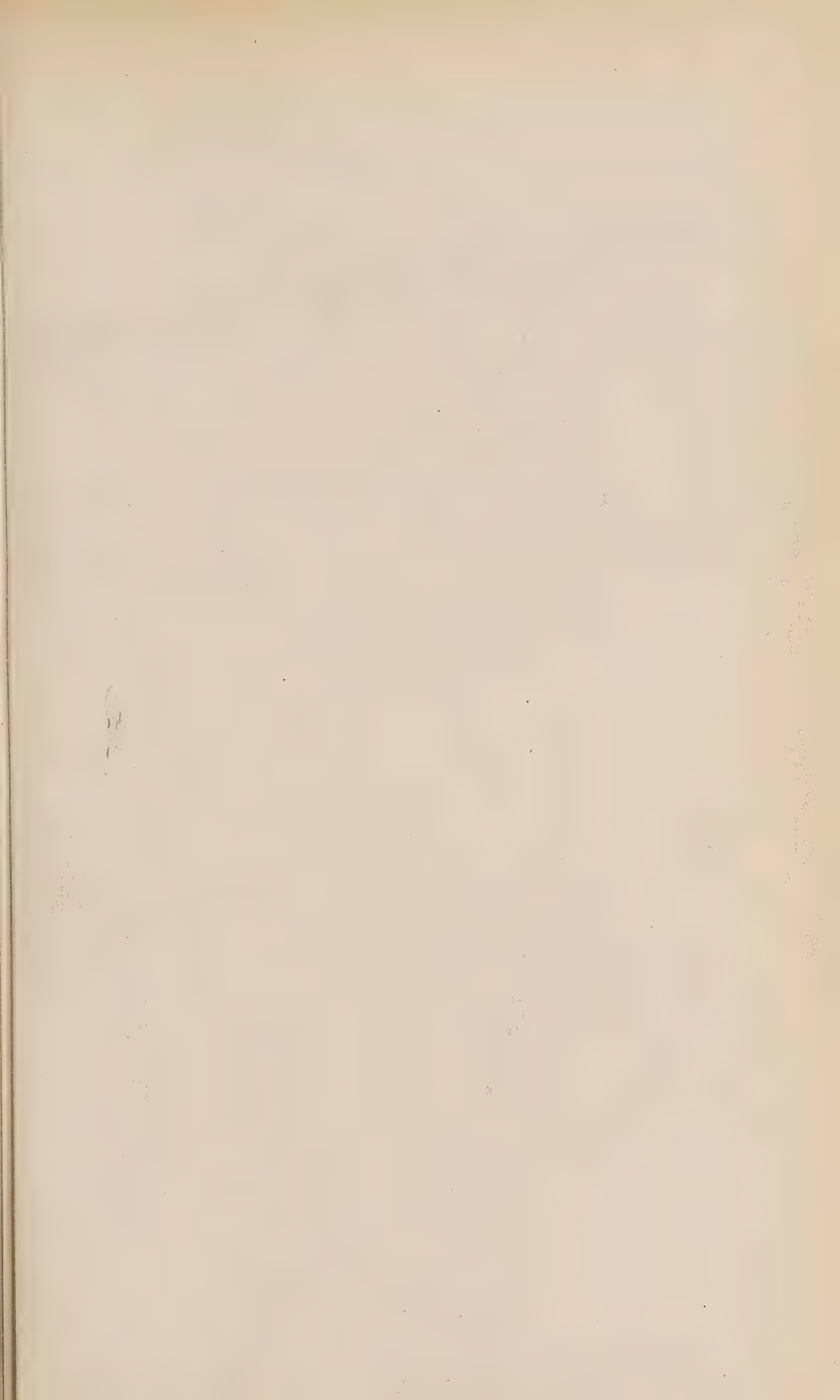
dieser Reizungszustand durch das Kratzen des Patienten noch erhöht wurde, erscheint die Eruption auch intensiver und dichter.

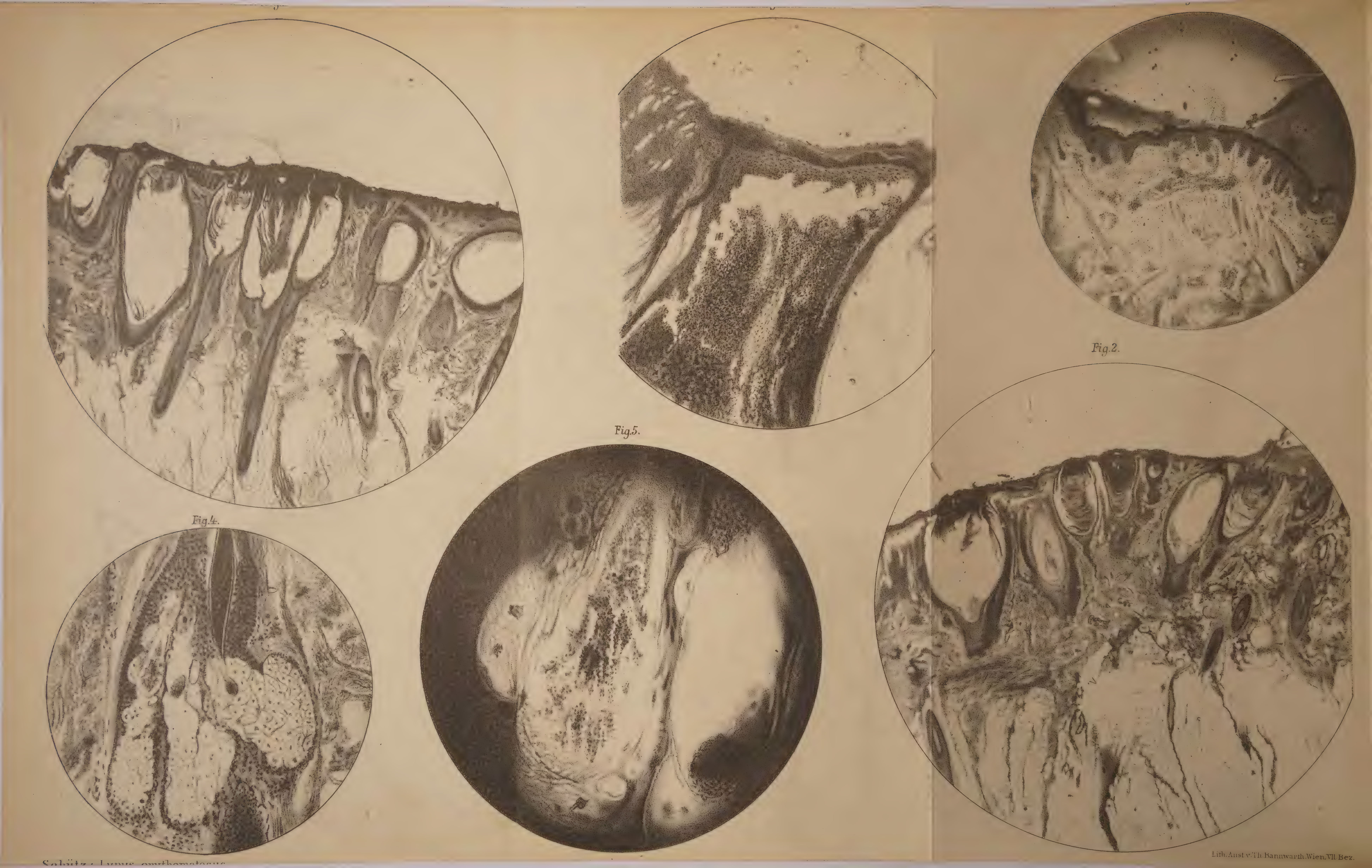
Was das Nässen einzelner dieser Papeln betrifft, so ist mir die Meinung plausibel, dass es sich hier um eine Mischform von nässendem Eczem und Syphilis handelt, wie sie häufig besonders am behaarten Kopfe beobachtet wird.

Bei dem von mir eingeleiteten therapeutischen Verfahren trachtete ich durch eine zweckmässige Medication gegen beide Krankheitsformen cumulativ vorzugehen. Ich beschloss daher, gegen die Lues innerlich die schon einmal beim Patienten mit gutem Erfolg angewendeten Protojoduretpillen zu verabreichen, das Eczem aber mit austrocknenden Streupulvern und Hebra'scher Diachylonsalbe zu behandeln. Das Eczem involvirte sich nach einigen Tagen zusehends, die Papeln aber blieben unverändert, weshalb ich beschloss, wo es nur möglich, auch diese local anzugehen. Ich bedeckte sie also mit congruenten Stücken Unna'schem Quecksilberguttaperchapflastermull und applicirte über das Ganze Hebra'sche Diachylonsalbe. In 3—4 Tagen schon constatirte ich eine rasch fortschreitende Rückbildung, ohne dass die Umgebung durch das Quecksilberpflaster neuerlich eczematös irritirt worden wäre. Nur hie und da klagte Patient über stärkeres Jucken, das aber auch nicht anhielt. Auch als ich bereits auf das Eczem Theer applicirte, liess ich das Quecksilberpflaster noch liegen. Nach vier Wochen waren beide Processe abgelaufen und nur noch durch die zurückgebliebene Pigmentirung kenntlich.

Bisher ist bei dem Patienten keine grössere Recidive eingetreten, obgleich sich doch noch hie und da, trotz fortgesetztem Gebrauch von Jodkali zweimal wöchentlich zu 5 Gr. Plaques an der Zunge zeigen, die nach leichter Aetzung in wenigen Tagen schwinden.

Die Haut am Oberarm und der Brust hat ihr normales Aussehen und ihre Geschmeidigkeit wieder erlangt.





Schütz: Lupus erythematosus

Mittheilungen über mikroskopische Präparate von Lupus erythematosus.[1]

Von

Dr. Josef Schütz in Frankfurt am Main.

(Hiezu Tafel IX.)

Ich lege mikroskopische Präparate von einem total exstirpirten Lupus erythematosus discoïdes vor, der noch nicht behandelt worden ist.

Die seltene Möglichkeit, derartiges Material zu gewinnen, die geradezu typische Form dieses Falles, sowie der Sitz des Lupus im behaarten Theile der Kopfhaut mit ihrem grossen Drüsenreichthum, sind Veranlassung, die mikroskopischen Bilder hier zu demonstriren.

Die kranke Stelle befand sich rechts am Hinterkopfe nahe der Haarnackengrenze bei einer älteren sonst gesunden Dame, wo sie im Verlaufe von mehreren Jahren, ohne Beschwerden zu machen, entstanden war. Die Stelle war mit der Haut verschieblich, rund, markstückgross, kahl, hatte einen erhabenen gerötheten, mit zahllosen Comedonenpfröpfen besetzten wallartigen Rand und ein blasseres, mit fettigen Schuppen bedecktes, dellenartig vertieftes Centrum.

Die Auffassung des Lupus erythematosus hat im Laufe der Zeit in manchen Punkten Wandlungen erfahren, und es ist am Platz, derselben hier ganz kurz zu gedenken:

---

[1]) Nach einem auf der Naturforscherversammlung zu Heidelberg gehaltenen Vortrage.

Bekanntlich hat Hebra,[1]) der zuerst in Deutschland 1845 die Krankheit als „Seborrhoea congestiva" beschrieb, lediglich auf klinische Beobachtungen hin, das Leiden als ein von den Talgdrüsen ausgehendes dargestellt und als eine Entzündung der Talgdrüsen und eine Exsudatzellenbildung um dieselben auch späterhin angesehen.

Cazenave,[2]) welcher schwerere Fälle mit narbenartigem Endstadium beobachtete, sah, wie er durch seine heute noch geltende Nomenclatur „Lupus" ausgedrückt hat, in dem Leiden eine tiefergreifende Veränderung der Haut.

Histologische Untersuchungen (von Neumann,[3]) Geddings,[4]) Kaposi,[5]) Stroganow[6]) und Anderen) haben Hebra's Deutung, respective das vorwiegende Befallensein des drüsigen Theils der Haut beim Lupus erythematosus im Wesentlichen bestätigt.

Später wurde indess von der Hebra'schen Auffassung abgegangen, einmal weil Lupus erythematosus auch dort gefunden wurde, wo gar keine Talgdrüsen vorkommen (so von Neumann[7])[8]) in der Palma manus und am harten Gaumen — von Kaposi[9]) und Geber[10]) auf der Schleimhaut des harten Gaumens und der

---

[1]) Hebra, Versuch einer auf pathologischer Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankheiten. — Zeitschr. d. k. k. Ges. d. Aerzte 1845, Bd. I, pag. 45.

[2]) Cazenave, Annales des maladies de la peau et de la syphilis, 1850—1851, pag. 297.

[3]) Neumann, Beiträge zur Kenntniss des Lupus erythematosus. — Wiener med. Wochenschr. 1863. (Cannstatts Jahresbericht, Bd. III, pag. 287.)

[4]) Geddings, Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch., LVII. Bd., II. Abth., 1868, Märzheft, pag. 401, citirt nach Geber, Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1876, pag. 28.

[5]) Kaposi, Neue Beiträge zur Kenntniss des Lupus erythematosus. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1872, pag. 36.

[6]) Stroganow, Zur pathologischen Histologie des Lupus erythematosus. — Centralbl. f. d. med. Wissensch., 1877, Nr. 48, Wien.

[7]) Neumann, Beitrag zur Kenntniss des Lupus erythematosus. — Wiener med. Wochenschr. 1869, Nr. 68, II. Jahrg., I. Heft.

[8]) Neumann, Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wien 1880, pag. 467.

[9]) Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1862, pag. 641.

[10]) Geber, Zur Anatomie des Lupus erythematosus. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1876.

Wangen — ich selbst behandle ebenfalls augenblicklich eine Dame mit ausgedehntem Lupus erythematosus des ganzen behaarten Kopfes und des Oberkieferzahnfleisches), dann weil bei dem sogenannten Lupus erythematosus corneus das gerade Gegentheil von Seborrhöe, nämlich eine ganz trockene, fettarme, chagrinlederartige Epidermis angetroffen wurde (Albert von Veiel [11]), Theodor Veiel [12]), endlich weil durch Kaposi [5]) seinerzeit ausser der chronischen discoïden Form der Lupus erythematosus noch die acute, multipel auftretende Form, der „discrete, aggregirte" Lupus erythematosus bekannt wurde, welcher nicht unter dem Bilde einer Localaffection, sondern eines schweren Allgemeinleidens sich abspielt.

Ferner kamen histologische Untersuchungen (von Neumann, [13]) Geber, [14]) Thin, [15]) welche zur Folge hatten, dass man pathologisch-anatomisch das Erkranktsein des drüsigen Theiles der Haut bei Lupus erythematosus keineswegs für pathognomonisch, sondern als ganz secundär ansah und den Schwerpunkt des Krankheitsprocesses in die Erkrankung der Gefässe des Papillarkörpers verlegte.

Der heutige Zeitgeist hat endlich auch der Frage nach Mikroorganismen Eingang bei diesem Leiden verschafft, und es sind Befunde von Coccen von Ravogli [16]) und Dr. Risso [17]) erwähnt, deren weitere Bestätigung noch aussteht. Die meisten Untersucher der neueren Zeit geben ausdrücklich in dieser Beziehung negatives Resultat an. (Morison u. A. [18])

---

[11]) von Veiel, Mittheilungen über die Behandlung chronischer Hautkrankheiten. Stuttgart 1862, pag. 108.

[12]) Theodor Veiel, Ueber Lupus erythematosus. Inaug.-Dissertation. Tübingen 1872, pag. 51.

[13]) Neumann l. c.

[14]) Geber l. c. S. 17.

[15]) Thin, Lancet 1875, Vol. I, January 16. — Medico-chirurg. Transactions, 58. Bd., 1875, London, ref. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1876, pag. 35 und 93.

[16]) Ravogli auf dem IX. internationalen Congress zu Washington 1887, ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1887, pag. 930.

[17]) Dr. Risso, Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1887, fasc. 5, ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, pag. 449.

[18]) R. B. Morison, Histologische Untersuchungen über Lupus erythematosus Cazenave. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1886, pag. 619 et sq.

Während man so über den Ausgangspunkt des Leidens verschiedene Meinungen gewahrt, findet man bezüglich der anatomischen Veränderungen selbst in den wesentlichen Punkten ziemliche Uebereinstimmung. Die Frage, ob der Lupus erythematosus als Neoplasma oder als Entzündung anzusehen sei, wurde fast allgemein zu Gunsten der letzten Ansicht entschieden. An Stelle des Ausganges der Entzündung in Narbenbildung dagegen, hat man als Endresultat Atrophie, respective narbige Atrophie treten lassen, was neuerdings wieder von Ravogli betont wurde.

Heute hält man dafür, dass der Lupus erythematosus eine Entzündung der Haut darstellt, welche sich vorzugsweise auf deren oberste Schichten erstreckt und dort im Gegensatz zum echten Lupus Willani in kleinen Herden auftritt (Auspitz[19]), im übrigen aber sämmtliche Theile der Cutis [Epithel, Talgdrüsen, Haarbalg, Schweissdrüsen (Kaposi, Neumann), Bindegewebe, Gefässe, Nerven (Morison l. c.]) unter Umständen mitbefällt.

Die Entzündung äussert sich in einer dem Gefässverlauf folgenden Exsudation und Rundzellen-Infiltration, welche zur Folge hat, dass die betroffenen Gewebe hypertrophiren, dann aber fettig oder hyaloid degeneriren und atrophiren.

Als ständige Complication findet man ödematöse Durchtränkung und Quellung der Cutis, seltener Abhebung der Hornschicht durch Oedem, hin und wieder Hämorrhagien (Kaposi).

Diese Veränderungen sind an unseren Präparaten sehr deutlich zu sehen.

Das Exstirpirte wurde lebend frisch in Flemming's Lösung, dann in Alkohol gehärtet. Durch diese Vorbereitung wurden die Blutkörperchen conservirt, was für den Verlauf und Füllungszustand der Gefässe von Wichtigkeit ist; gleichzeitig gewährt sie den Vortheil, dass bei vielen Tinctionen die Ehrlich'schen Mastzellen, welche bei allen mit gesteigerter Ernährung der Gewebe einhergehenden chronischen Entzündungen eine Rolle spielen, ungefärbt, respective chromgelb bleiben, und endlich konnten durch entsprechende Färbungen hierbei die Kerntheilungen beobachtet werden.

---

[19]) Auspitz, Ueber die Zellinfiltration der Lederhaut bei Lupus, Syphilis, Scrophulose. — Wiener med. Jahrb. 1864 S. 348.

Die Schnitte sind Celloidinschnitte von 10 μ Dicke (des grossen Jung'schen Mikrotoms).

Recht wichtig zur Gewinnung ganz feiner Schnitte ist eine mit gutem Ventil versehene Spritzflasche (Weigert), welche den Spirituszufluss zur Klinge regulirt; als Ventile haben sich mir neuerdings die Glasventile von Kob & Cie. in Stützerbach (Thüringen) als sehr brauchbar bewährt.

Von den versuchten Färbungen erwies sich Ehrlich's saure Hämatoxylinlösung mit nachfolgender leichten Vesuvinüberfärbung als am saubersten und vielseitigsten brauchbar. Zur Einbettung diente Canadabalsam ohne Zusatz auf erwärmtem Objectträger.

An den Präparaten sieht man schon mit unbewaffneten Augen, dass eine Infiltration der obersten Cutisschichten vorliegt, dass viele Haartaschen an ihrer Mündung enorm erweitert sind, und dass um jene erweiterten Follikel hauptsächlich die Infiltration sich befindet.

Bei schwacher Vergrösserung sieht man dies an Uebersichtsschnitten bestätigt.

An Schnitten, welche die gesunde Randzone treffen, bemerkt man beim Verschieben des Schnittes unter dem Mikroskope, dass jene kleinzellige Infiltration, welche hervorragend die erweiterten Haartaschen umgibt, umsomehr an die Oertlichkeit der Follikel sich gebunden hält, je jüngere Stadien des Krankheitsbildes man gerade vor Augen hat.

Es ist sodann an lückenlosen Schnittfolgen leicht festzustellen, dass die Rundzellen am meisten dort zusammengelagert sind, wo die tiefste Stelle jener Follikelerweiterung sich befindet, dass letztere aber genau der Einmündungsstelle der zugehörigen Talgdrüsen entspricht, sowie dass die beschriebene Erweiterung der Haartaschen stets erst von der Einmündungsstelle der Talgdrüsen aufwärts gefunden wird. Abwärts von der Einmündungsstelle der Talgdrüsen sind — in den jüngeren Stadien der Erkrankung — die Umgebung der Haarscheiden weder, noch auch der eigentliche Drüsenkörper und dessen Acini von Rundzelleninfiltration umgeben.

Wenn man das zwischen zwei erweiterten Haartaschen befindliche Gewebe an jüngeren Krankheitsherden auf seinen Rundzellengehalt prüft, so fällt ohne Weiteres auf, dass dieses zwischen-

liegende Gewebe unverhältnissmässig wenig gegenüber der erstgenannten bevorzugten Oertlichkeit mit Rundzelleninfiltrat bedacht ist.

Geht man nun von den allerjüngsten Stellen der Präparate aus, so findet man als erste auffällige Erscheinung deutlicheres Hervortreten der Gefässe in den Papillen; dieselben erscheinen erweitert, manche mit gelben Blutscheiben geradezu vollgestopft, was schon Geber als dem Zustand im Leben entsprechend angesehen hat (l. c.). Ausser den Blutgefässen sieht man mehrfach im Querschnitt rundliche oder dreieckige Räume von erheblichem Lumen, die, ihrem Endothelbelag nach zu urtheilen, erweiterte Lymphgefässe darstellen dürften. Das umliegende Bindegewebe erscheint glasig, gequollen, seine Kerne vermehrt, die Interstitien erweitert; hie und da längs der Verzweigungen der Gefässe finden sich Mastzellen und dem Längsverlauf der Gefässbahn folgende Rundzelleninfiltrate. An einzelnen Stellen vergrössern sich auch die Papillen in die Länge, und reichen dementsprechend die Einsenkungen des Rete ebenfalls tiefer.

Zu älteren Stellen vorwärts schreitend, treten Rundzelleninfiltrate auf: gleichzeitig an den Gefässen, diese mehr und mehr bis zur Unkenntlichkeit verhüllend, und an den Haarbälgen. In diesem Stadium erst nehmen die Rundzellen in ihrer Zusammenlagerung so zu, dass sie als Infiltrat imponiren. Dieselben werden dichter und kleinzelliger, stärker granulirt in ihrem Kern, je älteren Krankheitsherden man begegnet. Gleichen Schritt hiermit hält das häufigere Auftreten der Mastzellen. Im Ganzen besteht an unseren Präparaten die Tendenz der Granulationsherde, sich rasch nach der Oberfläche zu auszudehnen. Selten folgt der Zellenzug einem Schweissdrüsengang oder grösseren Gefässstämmen entlang nach abwärts. Dieses Auftreten grösserer confluirender Granulationszellenlager an der Oberfläche der Haut hat zur Folge, dass der Papillarkörper stellenweise früh in Mitleidenschaft gezogen wird und die wellige Grenze zwischen Cutis und Epidermis verstreicht. Die Epithelschicht zeigt vergrösserte Kerne mit vielen Nucleolen bis in die obersten Schichten, sehr wenige Mitosen dagegen, auch in den tieferen Lagen, obwohl die reichliche Anwesenheit der Mitosen in den Haarbulbis beweist, dass die verwandte Saffraninfärbung und Osmiumwirkung gut gewirkt

haben. Um so häufiger trifft man dafür in der Hornschicht Zellen mit Fettkörnchengehalt und jene Zellen, deren Kern eine grosse Vacuole birgt, wie sie zuerst von Neumann[20]) beschrieben und von Th. Veiel[21]) und Morison[22]) bestätigt wurden.

Noch ältere Stellen zeigen die Fettkörncheneinlagerungen stärker; die Bindegewebskerne zeigen sich da oft geschrumpft, vieleckig. Hie und da kommt es zu Abhebungen der Epidermis von dem Lupusinfiltrat. Dieses enthält dann geradezu enorme Mengen Mastzellen meist spindelförmiger Gestalt mit langen Ausläufern von Mastkörnern und mancherlei Anastomosen.

Die Schweissdrüsen sind, abgesehen von der manchmal auftretenden Rundzellenumlagerung ihrer geraden Ausführungsgänge kaum erkrankt; nur wo der Lupus erythematosus sehr sich ausgebreitet hat, zeigen sich dieselben auch in ihrem knäueligen Theil verändert, von Rundzelleninfiltraten umgeben, die Enchymzellen körnig getrübt, die Lumina der Drüsencanälchen verengt.

Die Talgdrüsen dagegen erscheinen durchweg stark vergrössert, selbst da, wo wenig Infiltration um dieselben herum noch zu gewahren ist. Ihre Acini erscheinen wie gebläht, ihre Ausführungsgänge erweitert, die Drüsenzellen in den oberen zwei Dritttheilen des Acinus blass und mit eckigen geschrumpften Kernen. An vielen Schnitten, welche so den Haarfollikel trafen, dass der Ausführungsgang der Talgdrüsen der Länge nach ganz sichtbar wurde, fanden sich in diesen erweiterten Mündungen ovale Anhäufungen runder gleichgrosser 1 μ messender, stark tingibler Körner, oft von einer faltigen, membranartigen, birnförmigen Hülle von circa 20 μ Länge umgeben. Manchmal wurden in unmittelbarer Umgebung davon ebensolche Körnchen zerstreut auch im Parenchym angetroffen. Vergleichende Beobachtungen ergaben, dass es sich hier um ein Ausscheidungsproduct der Drüse handelt und nicht etwa, wie es sehr leicht den Anschein haben könnte, um Coccencolonien.

Ueberhaupt ist mir der Nachweis von Mikroorganismen trotz sorgfältiger und vielseitiger Versuche (Färbungen nach Löffler, Kühne, Gram) nicht gelungen.

---

[20]) Neumann, Lehrbuch der Hautkrankheiten 1870.

[21]) Th. Veiel l. c.

[22]) Morison l. c.

Die Haarfollikel zeigen an den älteren Stellen des Krankheitsherdes enorme Ausweitungen ihrer Mündung. Oft liegen ihrer drei, vier in Folge der grossen Ausdehnung des Lumens dicht aneinander, alles zwischen ihnen liegende Gewebe erdrückend. Auch confluiren manchmal mehrere derselben zu einer grossen kraterförmigen Höhle, welche mit Fett und Epidermisschollen erfüllt ist. Oft enthalten sie noch das zugehörige Haar, das nach den reichlichen Mitosen im Bulbustheile zu schliessen, erst spät unter diesen Unbilden leidet, nämlich erst dann, wenn seine Talgdrüsen veröden, Rundzelleninfiltrate die zuführenden Gefässe umschliessen, und bindegewebige Entartung der Umgebung eintritt.

Aus der Histologie auch unseres Falles geht hervor, dass die ersten pathologischen Veränderungen an den Gefässen des Papillarkörpers auftreten, dass aber dem drüsigen Theil der Haut und namentlich den Talgdrüsen für die Entwickelung der Krankheit ein hervorragender Antheil zukommt, indem die Hypersecretion dieser Theile einen der Reize abgeben kann, welche die Bildung der Exsudatzellen und des lupösen Infiltrats veranlassen. Dies ist nach dem frühen Auftreten der Infiltrate um die Mündungsstellen der Talgdrüsen in die erweiterte Haartasche sehr wahrscheinlich und deckt sich ausserdem mit der häufigen klinischen Thatsache, wonach Lupus erythematosus sich aus einer localen Seborrhöe, einer Acne rosacea und dergleichen entwickelt.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel IX.

Die Abbildungen entsprechen Positiven von mir selbst mit der Zeiss'schen Camera hergestellter Photogramme (ohne Retouche).

Mit Rücksicht auf den vielen Raum, welchen ganze mikroskopische Gesichtsfelder wegnehmen, sowie den Umstand, dass die photographische Darstellung öfters eine mehrmalige Aufnahme bei verschiedener Einstellung desselben Gegenstandes erfordert, wurden die Abbildungen auf das Wesentlichste beschränkt.

Fig. 1. Schnitt durch die comedonenhaltige Randpartie des Krankheitsherdes. Rundzelleninfiltration um die Haarbälge. Wohlerhaltene Haare. Bindegewebsinterstitien erweitert.

Aplanat 35 Mm., Vergrösserung 17.

Fig. 2. detto. — Links mehrfache ödematöse Abhebung der Hornschicht.

Aplanat 35 Mm., Vergrösserung 17.

Fig. 3. Eine solche abgehobene Stelle bei stärkerer Vergrösserung.

Project. Oc. 2. Apochromat 4 Mm., Vergrösserung 225.

Fig. 4. Hypertrophische Talgdrüse des Haares im Längsschnitt; der Mündungsstelle gegenüber beginnende Infiltration mit Rundzellen. In den erweiterten Ausführungsgängen körniges Secretionsproduct.

Project. Oc. 2. Apochromat 8 Mm., Vergrösserung 125.

Fig. 5. Dasselbe körnige Secretionsproduct des Ausführungsganges des linken Acinus des vorigen Bildes stärker vergrössert.

Project. Oc. 2. Apochromat Immersion 2 Mm., Vergrösserung 600.

Fig. 6. Beginnendes Rundzelleninfiltrat des Papillarkörpers, entsprechend der Gefässvertheilung. Links Querschnitt des zugehörigen Gefässes.

Project. Oc. 2. Apochromat 16 Mm., Vergrösserung 63.

Xeroderma pigmentosum (Kaposi), Melanosis lenticularis progressiva (Pick).

Mitgetheilt von

Dr. med. Anton Elsenberg,

Primararzt der Abtheilung für Syphilis und Hautkrankheiten im Israeliten-Hospital zu Warschau.

(Mit 2 Figuren.)

Jede neue Beobachtung dieser sehr seltenen, räthselhaften und wenig erforschten Krankheitsform bietet, wenn dieselbe auch nichts Neues zu dem schon bekannten Bilde beitragen und nur die von Anderen beobachteten Thatsachen bestätigen sollte, ein grosses Interesse. Dies hat mich zur Publication des folgenden Falles bewogen, um destomehr, dass ich die Resultate der Section mittheilen kann, und die mikroskopische Untersuchung der Tumoren einige Thatsachen zu Tage gebracht hat, welche nochmals beweisen, dass sehr verschiedenartige pathologische Processe unter der Collectivbezeichnung: Xeroderma pigmentosum zusammengefasst werden. Es scheint mir unnöthig, die Geschichte des Processes zu beschreiben, und die bekannten Fälle aufzuzählen. Dieselben sind genügend aus den Arbeiten von Kaposi,[1] Neisser,[2] Pick,[3] Vidal,[4] Taylor[5] und vieler Anderen bekannt. Erwähnen möchte ich nur, dass bis jetzt zusammen mit meinen 2 Fällen

---

[1]) Hebra und Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten, II. Aufl. 1876. II. Bd., pag. 182 und folg. Auch in „Wiener Med. Jahrb." October 1882. (Dasselbe in Ann. de derm. et de syph. 1883, t. IV.)

[2]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1883, pag. 47.

[3]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1884, pag. 3.

[4]) Ann. de derm. et de syph., t. IV.

[5]) Ref. in Ann. de derm. 1889, t. X, pag. 131.

52 Fälle beschrieben sind (27 Frauen und 25 Männer [1]) und dass unter diesen 52 Beobachtungen die Juden ein grosses Procent dieser Kranken ausmachen.

Die in dieser Richtung von mir angestellten Untersuchungen haben erwiesen, dass zusammen mit meinen Fällen 12 Fälle Juden betroffen haben (3 Männer und 9 Frauen) und zwar meist aus dem Königreich Polen und Lithauen. Dieselben ergeben also ein Procent von 24. Es ist sehr wahrscheinlich, dass mancher Fall von Kaposi, namentlich derjenigen Patienten, welche aus Galizien und dem Königreich Polen stammten, auch in diese Kategorie hinzugezählt werden müsste und dadurch die Procentzahl der Juden noch steigen würde.

Szajna Dwojna Libiszewska ist in Kobryn, Gouvernement Grodno geboren und wohnt seit einigen Jahren in Chomsk, Gouvernement Minsk, ist ein Kind wohlhabender Eltern. Ihr Vater ist jetzt 60 Jahre alt und gesund. Seit einigen Jahren leidet er an einem nicht specifischen Geschwür am linken Unterschenkel. Ihre Mutter ist ebenfalls gesund. Patientin ist die jüngste unter ihren 4 Geschwistern; 2 Brüder und 2 Schwestern sind vollständig gesund, — dieselben haben keine Hautausschläge gehabt und zeigen keine Veränderungen der Haut.

Die älteste Schwester der Patientin ist verheiratet und hat einige gesunde Kinder.

Die Krankheit der Libiszewska ist plötzlich in ihrem sechsten Lebensmonate entstanden. An einem heissen Sommertage wurde sie von ihrer Amme in der Sonne getragen, es entstanden kleine, rothe Flecken im Gesicht, am Halse und den Händen des Kindes; nach Verlauf von einigen Tagen wurden die Flecke kleiner und zeigten die Grösse und Farbe von Sommersprossen. In den folgenden 3 Jahren wurde die Zahl dieser Pigmentflecke stetig und stufenweise eine grössere, eine grosse Zahl derselben erhielt eine immer dunklere Farbe. Der Allgemeinzustand des Kindes war in dieser Zeit ein befriedigender.

Erst im vierten Lebensjahre bildete sich am rechten Mundwinkel aus einem dunklen Fleck ein erhabenes Knötchen, welches

---

[1]) Kaposi 10 Fälle, Rüder 7, Duhring 1, Heitzmann 1, Taylor 7, Neisser 2, Vidal 5, Pick 3, White 2, Dubois-Havenith 1, Crocker 3, Arnozan 1, Funk 1, Thibierge 1, Quinquaud 2, Mc. Call Anderson 1, Prinngle 1, Brigidi-Marcacci 1, Elsenberg 2.

sich allmälig vergrösserte und die Grösse einer Erbse erreicht hat und von dunkelrother Farbe erschien. Nach Verlauf von einem Jahre hat das Knötchen die Grösse einer Haselnuss erreicht; seine Basis zeigte einen dünnen Stiel und die Oberfläche war schon exulcerirt. Das Knötchen wurde mittelst Unterbinden mit einem Seidenfaden entfernt.



Ausser dieser Geschwulst bildeten sich Knötchen aus anderen Flecken aus; dieselben wuchsen langsam und ihre Zahl wurde mit jedem Jahre eine grössere. Ein Aufenthalt in Ciechocinek, Iwonicz, wie auch eine roborirende Cur hatten keinen Einfluss auf das Leiden. Es wurden die Knötchen mittelst Aetzung und Unterbindung entfernt. Ende Februar 1887 ist Patientin nach Warschau gekommen, und liess sich in die chirurgische Klinik des Herrn Prof. Kosiński aufnehmen, um die Tumoren des Gesichtes operiren zu lassen. Aus der Zeit, welche die Kranke in der Klinik zubrachte, bin ich schon im Stande, Genaueres mitzutheilen und zwar Dank der Liebenswürdigkeit des Prof. Kosiński, welcher



mir seine klinischen Notizen (beschrieben von Dr. Gepner, damals Studiosus der Medicin) und die damals entnommene Photographie der Patientin gütigst zur Verfügung stellte.

Ein zwölfjähriges Mädchen von mittlerem Wuchs, gracilem Körperbau und guter Ernährung. Im Gesicht finden wir Tumoren und Flecke von verschiedener Grösse, Gestalt und Farbe. Die grösseren Tumoren, 7 an Zahl befinden sich: auf der Stirn — in der Gegend der Glabella — zu beiden Seiten der Augenbrauen herabsteigend, befindet sich ein halbkugeliger, exulcerirter und theilweise mit einer Kruste bedeckter Tumor von brauner Farbe, ja theilweise erscheint derselbe schwarz. Dicht unterhalb dieses Tumors, also schon an der Stelle, welche dem Nasenfortsatz des Stirnbeins entspricht, befindet sich ein zweiter Tumor von der Grösse einer Haselnuss, derselbe ist exulcerirt und von gelbrother Farbe. Einen Centimeter unterhalb dieses Tumors entspringt der grösste, welcher die ganze Nase bedeckt; dieselbe erscheint in allen Dimensionen vergrössert, hat aber ihre Gestalt erhalten; die obere Partie des Tumors ist schmäler und von einer schmutziggelben Kruste bedeckt, die untere, breitere Partie ist roth, trocken und zeigt auf ihrer Oberfläche eine feine Epidermis. Auf der linken Wange sieht man eine Gruppe von kleinen, confluirenden exulcerirten, dunkel pigmentirten Knötchen, welche bis zum unteren Augenlide reichen und dasselbe ebenfalls bedecken. Der fünfte Tumor sitzt am Kinn und ist von Kirschengrösse; der sechste nimmt die Conjunctiva des rechten, ectropirten unteren Augenlides ein; der letzte endlich befindet sich an der rechten Schläfe und ist ähnlich wie die zwei letzten, exulcerirt. Ausserdem finden wir hie und da eine gewisse Quantität von kleinen, erbsengrossen Tumoren, wie z. B. am rechten Mundwinkel, auf dem Rücken u. s. w.; diese sind von dunkelrother Farbe, einige sitzen auf einem dünnen und kurzen Stiel.

Die von den Tumoren freigelassene Gesichtshaut, wie auch die Haut des Halses und des Handrückens ist mit dunkelchocoladfarbigen, ja sogar schwarzen Flecken besäet, dieselben sind manchmal leicht erhaben, von Stecknadelkopf- bis Hanfkorngrösse, zwischen diesen Erhabenheiten sieht man kleine, röthliche Punkte und weisse, glänzende, wie etwas eingesunkene Hauttheile. Auf der hinteren Fläche des Rumpfes und an den Extremitäten ist die Haut mit

einer geringen Quantität zerstreuter Pigmentflecke bedeckt. Die fleckenfreien Hautpartien sind blassrosa, glatt und ziemlich feucht.

Die Lymphdrüsen sind nirgends vergrössert. Die Schleimhaut der Mundhöhle und der Nase zeigt keine Abnormitäten.

Die Untersuchung der inneren Organe hat keine pathologischen Veränderungen erwiesen. Bei der Kranken konnten keine Störungen ihrer Intelligenz constatirt werden.

In den ersten Tagen des Aufenthaltes der Libiszewska in der Klinik, glaubte Prof. Kosiński, es wäre ein seltener Fall von Morphaea nigra.[1]) In der That ist dies das einzige Leiden, welches sehr viel Aehnlichkeit mit Xeroderma zeigt, wie dies Kaposi selbst andeutet und angibt, dass nur ein solcher Irrthum möglich sein kann. [2]) Da aber keine Leprabacillen gefunden wurden, und die mikroskopische Untersuchung erwiesen hat, dass die Knötchen einen sarko-carcinomatösen Bau hatten, so hatte Prof. Kosiński keinen Zweifel mehr über die Natur des Leidens. Zu dieser Zeit habe auch ich die Kranke zum ersten Mal auf der Klinik gesehen.

Angesichts der Bösartigkeit der Tumoren wurden dieselben von Prof. Kosiński exstirpirt und mit dem Paquelin kauterisirt. Die Wunden heilten rasch, nur war unter dem linken Auge, auf dem linken Nasenflügel und am rechten Mundwinkel die Granulationsbildung eine üppige; nach einer nochmaligen Cauterisation heilten auch diese Operationswunden rasch und die Kranke reiste in einem verhältnissmässig guten Zustande nach Hause.

Aber schon nach Verlauf von einigen Monaten trat eine Regeneration der Neubildungen auf und im Mai 1889, d. h. nach Verlauf von über 2 Jahren, seit Patientin die chirurgische Klinik verlassen hat, wurde ihr Zustand ein so trostloser, der Kräfteverfall ein so grosser und ihr Aussehen wie auch der von den ulcerirenden Tumoren herrührende Gestank ein so ekelhafter, dass ein Verweilen ihrer Umgebung mit der Kranken unter einem Dach ein unmöglicher war.

Bei der Aufnahme der Kranken in meine Abtheilung war der Status ein folgender:

Das Mädchen ist nicht ganz 15 Jahre alt; sie ist klein,

---

[1]) Conf. Hebra und Kaposi, Lehrb. der Hautkrankheiten 1876, Bd. II, pag. 416.

[2]) Kaposi, Xeroderma pigmentosum. — Ann. de derm. et de syph. 1883, Bd. IV, pag. 36.

gracil, aber von normalem Körperbau; ihre Mammae und Geschlechtstheile sind schwach entwickelt, die Menstruation ist noch nicht eingetreten. Die Haut ist im Allgemeinen dünn, blass, mit einem leichten Stich ins Gelbliche und trocken. Dieselbe ist ein wenig am Oberschenkel und den Armen in Folge von Schwund des Unterhautfettzellgewebes gefaltet. Die Muskeln schwach entwickelt und dünn.

Die grössten Veränderungen zeigt die Haut des Gesichtes, der Stirn und der Ohren. An diesen Stellen ist dieselbe verdünnt, atrophisch, als wenn die Haut über diesem Theile gespannt wäre und lässt sich sehr schwer in Falten erheben. Ausserdem ist die Haut an den unterhalb dieser Tumoren gelegenen Partien dicht mit Pigmentflecken besäet; sie sind von gelbbrauner, brauner, oft fast schwarzer Farbe von Stecknadelkopf- bis Hanfkorn- oder Linsengrösse; ihre Gestalt ist rundlich oder oval und von unregelmässigen und nicht scharf begrenzten Contouren und zeigen eine ziemlich starke Abschilferung. Viele dieser Flecken erheben sich über das Niveau der umgebenden Haut, manchmal in der Gestalt einer flachen Papel. An der Wange finden wir zwischen diesen Flecken vollständig unpigmentirt weisse, etwas eingesunkene Hauttheile und wenige rothe, leicht erhabene hirsekorngrosse, ja noch kleinere Angiome.

Die Haut des Halses und des Nackens bis zur Crista scapulae ist im Allgemeinen von gelbbrauner Farbe, merklich verdünnt, und auf diesem Grunde sitzen dunkelbraune, schwärzliche, ja sogar farblose Flecke, jedenfalls weniger an Zahl wie am Gesicht.

Den dritten Platz unter den Veränderungen der Haut nehmen die dorsalen Flächen der Hände und die Extensorenflächen der Vorderarme ein; hier sind die Veränderungen denjenigen am Halse analog. An einzelnen Stellen der dorsalen Handflächen sind die Pigmentflecke so dicht gruppirt, so nahe aneinanderliegend, dass sie fast unter einander confluiren. Hie und da sind auch am Rumpfe, an den Armen, an den unteren Extremitäten und am Dorsum der Füsse Pigmentflecke zerstreut.

Ausser den obigen Veränderungen der Haut finden wir eine grosse Quantität Knötchen und Tumoren. Auf der Stirn oberhalb der Narbe sitzen drei haselnussgrosse Knötchen, stellenweise sieht man in denselben schwarzes Pigment durchschimmern; einzelne

Partien sind zerfallen, ulcerirt. Die Nase ist stark defigurirt und bildet einen grossen Tumor von unregelmässiger Gestalt, von der Grösse eines mittelgrossen Apfels, mit einer breiten Basis auf der ganzen Nasenfläche aufsitzend und nach rechts auf das untere Augenlid übergehend. Dieser Tumor ist gelappt, an einzelnen Partien dunkelbraun pigmentirt, theilweise geschwürig zerfallen und blutet stark. Der linke Nasenflügel ist vollständig zerstört, so dass die Nasenhöhle an dieser Stelle ganz offen steht. Die Narben und die Knötchen an den unteren Augenlidern ectropiren dieselben und in Folge dessen sind die unteren Abschnitte der Cornea leicht getrübt. An den oberen Augenlidern befinden sich haselnussgrosse Tumoren, dieselben hemmen die Bewegungen der Lider und gestatten nicht ein vollständiges Aufschliessen derselben. Auf der Schläfe ein kleines Knötchen.

Auf den Wangen sieht man sehr viele erhabene braune Flecke oder auch hanfkorngrosse und grössere Knötchen; gewöhnlich ist ein Theil des Knötchens im Centrum und an der Basis dunkelbraun gefärbt. Am Kinn und der unteren Lippe, hauptsächlich an der rechten Seite sitzt ein grosser Tumor von fast Gänseeigrösse, derselbe ist exulcerirt und der Zerfall geht recht rapid von der Oberfläche in die Tiefe vor sich.

Schliesslich befinden sich einige kleine, erbsengrosse Knötchen an den Extensorenflächen der Vorderarme und auf der Haut in der Gegend der grossen Trochanteren.

Die Kranke schwitzt unbedeutend. Das Gefühl ist nicht verändert. Die Untersuchung der inneren Organe hat keine Abnormitäten erwiesen. Im Harn konnten keine pathologischen Producte wie Eiweiss, Zucker etc. nachgewiesen werden.

Während des Aufenthaltes der Patientin im Hospital hat der Process rapide Fortschritte gemacht. Die Tumoren sind gewachsen, gingen dem Zerfall anheim, ulcerirten und zeigten oft ein gelapptes Aussehen, rötheten sich und bluteten leicht. Ende Juni trat ein rapider Zerfall des Tumors am Kinn und der Lippe ein, gleichzeitig wuchsen aber die peripheren und tieferen Partien desselben und nahmen eine immer grössere Strecke ein. Die ganze untere Lippe war schon von der Neubildung eingenommen und zeigte ein diffuses Infiltrat und ihr Rand war von kleinen Knötchen, welche an einzelnen Stellen zu grösseren haselnussgrossen Tumoren confluirten, bedeckt. Gleichzeitig wächst der Tumor in die Tiefe,

reicht bis zur Mandibula und tritt unter der Schleimhaut am Boden der Mundhöhle zum Vorschein, erfüllt dieselbe unterhalb und von den Seiten der Zunge bis zu den Zahnfortsätzen der Mandibula. Dadurch sind die Bewegungen der Zunge, die Aufnahme von Speisen, sowie die Sprache bedeutend behindert.

Mitte Juli wird der Zustand der Patientin ein schlimmerer. Der Tumor der Nase geht durch das Confluiren der immer wachsenden Knötchen der Wange auf die rechte Wange über, nach links geht der Tumor auf die Oberlippe, welche er degenerirt, über. Der linke untere Nasengang ist in Folge des sich verbreitenden Zerfalls vollständig offen, das linke Nasenbein entblösst und der Tumor greift auf die Schleimhaut der linken Nasenhöhle über. Gleichzeitig schreitet auch der Zerfall des Tumors am Kinn weiter in die Tiefe, mit der Sonde lässt sich eine kleine entblösste Stelle der Mandibula auf der rechten Seite nachweisen; in der Mundhöhle, unter der Zunge wird das neugebildete Infiltrat immer grösser und dadurch auch die Bewegungen der Zunge immer beschränkter und schmerzhaft. Die Kranke nimmt nur flüssige Nahrung zu sich.

Zu derselben Zeit (16. Juli) hat die Kranke Schüttelfröste, die Temperatur am Morgen 38·6, am Abend 39·5, Puls 115 voll und gespannt. Die Milz ist vergrössert und ziemlich hart. Dies dauerte bis zum 21. Juli. Von diesem Tage an hält sich die Temperatur auf einer Höhe von 38·0 bis 38·6.

Anfangs August nimmt die Kranke nur etwas Wein zu sich und am 13. August trat bei der obigen subfebrilen Temperatur und den Symptomen der Kachexie der Exitus letalis ein.

Die Nekropsie habe ich am folgenden Tage ausgeführt. Ich werde aber das Aussehen der Haut und der Tumoren nicht beschreiben, den sonst müsste ich das oben Gesagte wiederholen. Aus dem Sectionsprotokoll will ich nur den Befund an den inneren Organen mittheilen.

In den Pleurahöhlen ist keine Flüssigkeit enthalten; die Pleura ziemlich blass, glänzend, beide Lungen collabiren stark, beim Durchschnitt knistern dieselben, sind blass, und nur in den hinteren unteren Partien etwas ödematös. Die Pericardialhöhle enthält fast 100 Gr. eines wolkigen, serös-fibrinösen Exsudats. Beide Blätter des Pericards sind von einem leichten fibrinösen Belag, stellenweise in der Gestalt von kleinen, warzenförmigen

Knötchen, welche sehr leicht mit dem Messer abgeschabt werden können, bedeckt; nach Abnahme der letzteren erweist sich das Pericardium glatt, eben, nur bedeutend getrübt. Das Herz ist verhältnissmässig gross; die Musculatur blass und welk aber nicht verfettet. Das Endocardium, die Klappen und die grossen Gefässstämme sind nicht verändert. (Pericarditis subacuta serosofibrinosa.)

Die Milz ist sehr gross, auf dem Durchschnitt ziemlich blass und hart. Am vorderen Rande der Milz sieht man mehrere frische kleine hanfkorngrosse und etwas grössere, blassgelbe Knötchen, die scharf von der Milzpulpa abgegrenzt sind. An einer Stelle, wo die Knötchen die Oberfläche der Milz erreichen, ist die Kapsel der Milz auf dieser begrenzten Partie mit einem leichten fibrinösen Belag bedeckt. Das ganze Peritoneum hat einen normalen, unveränderten Glanz. Die Leber ist nicht vergrössert, blass, auf dem Durchschnitt etwas verfettet, und zeigt keine krankhaften Herde.

Die Nierenkapsel lässt sich leicht abziehen, die Oberfläche der Nieren ist glatt, blass, auf dem Durchschnitt ebenfalls blass und unverändert.

Die Nebennieren sind relativ sehr gross, flach, breit und zeigen eine Grösse, welche einer mittleren Grösse eines erwachsenen Mannes entspricht. Auf dem Durchschnitt zeigen dieselben keine begrenzten Herde und keine Veränderungen.

Die Harnblase ist zusammengezogen, normal. Die Schleimhäute des Magens und des Darms zeigen keine Veränderungen. Die äusseren und die inneren Geschlechtstheile zeigen nichts Abnormes.

Wir müssen die subacute Pericarditis mit einem reichlichen Exsudat als die terminale Ursache, welche den Tod der Patientin (die ja doch schon sehr stark in der Ernährung und an Kräften herabgekommen war und zwar in Folge des raschen Wachsthums und Zerfalls der Tumoren, wie auch durch das Unvermögen, Speisen aufzunehmen) beschleunigt hat, betrachten.

Bei der Section wurden mehrere Tumoren aus verschiedenen Partien und aus drei Stellen Hautstücke, an welchen nur Pigmentflecke oder auch unbedeutende Infiltrate sichtbar waren, ausgeschnitten. Ausserdem wurde im Monate Mai, bald nach der Aufnahme der Patientin in das Hospital, ein Knötchen aus der Kinngegend behufs mikroskopischer Untersuchung, ausgeschnitten.

Dieses letztere, von der Grösse einer grossen Kirsche, war an vielen Stellen der Epidermis beraubt, blutete leicht, war auf dem Durchschnitt von weissgrauer Farbe mit einem leichten Stich ins Rosa, ohne Pigment, von netzartigem Bau. An gefärbten Schnitten konnte man schon mit blossem Auge fadenförmige Züge, welche sich wie in ein Netz verfilzen, deutlich unterscheiden. Bei der mikroskopischen Untersuchung erscheint die Epidermisschicht an den Stellen, wo dieselbe erhalten ist, etwas verdickt, und die zapfenförmigen Vertiefungen der Malpighi'schen Schicht reichen mehr in die Tiefe als normal. Gewöhnlich findet aus der äusseren Epithelschicht der Haarscheide eine Wucherung des Epithels und weiter auch der Talgdrüsen statt.

Die cylindrischen Zellen, welche den in den tiefsten Schichten des Rete Malpighi und den Zellen der äusseren Schichten der Haarscheiden und der Talgdrüsen ähnlich sind, liegen in zwei Reihen geordnet in der Gestalt von langen Gebilden, dringen in die Tiefe der Cutis, bilden reichliche Fortsätze und verbinden sich netzförmig mit ähnlichen Nachbargebilden; an den Verbindungsstellen sind diese Gebilde viel grösser, dreieckig, vieleckig oder rund und bestehen aus peripheren, cylindrischen, ziemlich hohen Zellen, und in den nächsten Reihen, mehr zum Centrum hin, sind die Zellen mehr oval, cubisch, ja sogar vieleckig.

Der Zellenkörper ist leicht körnig, der Kern meist oval, seltener rund, ziemlich gross, körnig, mit einem oder mehreren grösseren Körnchen, wie mit Kernkörperchen, obgleich dieselben oft gänzlich fehlen. Der Kern und das Protoplasma der Zelle färben sich sehr stark, ebenso wie die Zellen der letzten Malpighi'schen Schicht, die Talgdrüsen etc.

Ziemlich oft sieht man auf dem Quer- oder Längsschnitt ein dünnes Haar, welches in einer stark erweiterten Haarscheide liegt, von derselben verbreiten sich radienförmig lange Reihen von Epithelzellen, theilweise sind die letzteren dicker, kolbig und anastomosiren mit anderen ähnlichen Gebilden.

Wie ich eben bemerkt habe, ist die Epidermisschicht verdickt und ihre zapfenförmigen, interpapillären Massen dringen ziemlich tief in das Gewebe der Cutis hinein, behalten aber oft ihren typischen Bau. Manchmal aber, und dies gehört schon zu den seltenen Befunden, scheint es, dass dieselben in die Tiefe des Knötchens eindringen und Krebskörper mit Globes épidermiques

bilden. Dieselben lassen sich noch dadurch leicht unterscheiden, dass die Zellen der Krebskörper, mit Ausnahme der peripheren Schichte, mehreckig, flach, gross und mit einem grossen Kern erscheinen, dabei färben sich dieselben schwach, jedenfalls viel schwächer als die früher beschriebenen Krebskörper. Es kann aber nicht geleugnet werden, dass auch die Haarscheiden ähnlichen Gebilden zum Ursprung dienen, da manchmal in ihrem Centrum ein dünnes Haar zu sehen ist.

An vielen Stellen beginnen die Zellen dieser epidermoidalen Conglomerate, einer Colloiddegeneration anheimzufallen. Wir sehen in den Körpern der Zellen Vacuolen, oder auch es verändert sich der ganze Zellkörper in eine gleichmässige Masse, dieselbe vereinigt sich mit anderen ähnlichen, und die Körner, welche wie aufgebläht erscheinen, färben sich gar nicht oder nur schwach, schliesslich sehen wir statt eines Krebskörpers, eine homogene, colloide Masse mit wenigen, schwach gefärbten Körnern auf der Peripherie.

Diese Herde sind durch ein sarkomatöses Gewebe geschieden, welches wahrscheinlich mit der Zeit dieselben Veränderungen durchmacht, und dann vereinigen sich mehrere Herde in einen Herd von der Grösse eines Hanfkornes oder einer Linse, so dass schliesslich dieselben mit unbewaffneten Augen gesehen werden können. Die Hautpapillen sind an den Stellen, wo die Epidermisschicht verdickt erscheint, verlängert und breit; enthalten eine grosse Quantität ovaler und spindelförmiger, grosser, sich stark färbender Zellen, und die Intercellularsubstanz ist fast homogen, hie und da leicht fibrillär. Elastische Fasern sind nicht vorhanden.

Ebenso verändert ist das Hautgewebe zwischen den Epithelgebilden, und nur in den oberflächlichen Schichten der Neubildung, wie auch in den Papillen, sieht man stellenweise auch kleine lymphoide Zellen. Dieses Gewebe müssen wir schon als sarkomatös ansehen, um desto mehr, da auch die Wände der zahlreichen Gefässe mit derselben vollständig verfliessen. Das Endothel ist in ihnen geschwellt und hervortretend.

In den tieferen Partien der Neubildung sieht dies Gewebe einem Spindelzellensarkom ähnlich, und dabei einem solchen, welches sehr reichlich mit diesen anatomischen Bestandtheilen versehen ist.

Pigment war in diesen Knoten nirgends vorhanden. Die

Schweissdrüsen, wo dieselben sichtbar waren, zeigten keine Veränderungen, nur rings um dieselben war eine ziemlich grosse, zellige Infiltration bemerkbar.

Der aus dem Kinn bei der Section ausgeschnittene Tumor lag dem oben beschriebenen an. Derselbe war auf dem Durchschnitt an den Stellen welche noch keinen Zerfall zeigten, weisslich, glatt und von homogenem Bau. Unter dem Mikroskop zeigte er den Bau eines Spindelzellensarkoms, stellenweise auch eines Rundzellensarkoms. Seine Zellen sind gross, mit grossen längsovalen oder runden Kernen — dieselben färben sich stark. Inmitten der Neubildung sieht man eine grosse Zahl grosser Zellen, manchmal von der Grösse der Riesenzellen, am häufigsten aber enthalten dieselben einen, zwei oder auch mehr Kerne; diese Kerne sind gross, oft grösser als eine ganze Zelle eines Plattenepithels, färben sich mit Hämatoxylin fast schwarz, am stärksten aber der periphere Theil, welcher grobkörnig erscheint.

Der Zellenkörper ist von unregelmässiger, dreieckiger oder vieleckiger Gestalt, oder auch unregelmässig oval oder rund, sehr feinkörnig und färbt sich sehr schwach.

Ich bin sehr geneigt, die Zellen für modificirte oder degenerirte Plasmazellen anzunehmen, obgleich ich positive Beweise dafür in meinen Präparaten nicht gefunden habe. Ausser diesen Zellen sieht man manchmal Zellen, die den sogenannten kleinen Riesenzellen ähnlich sind. Die Intercellularsubstanz ist fast homogen, selten ist in ihr ein geringer fibrillärer Bau zu sehen.

Inmitten dieses sarkomatösen Gewebes sieht man hie und da zerstreute Herde epithelialer Zellen, ähnlich den in dem vorherigen Tumor beschriebenen.

Ausserdem finden wir in der Nähe der, dem Zerfall anheimgefallenen Partien der Neubildung eine gewisse Quantität lymphoider Zellen.

Das Knötchen aus der Stirn ist von Haselnussgrösse, längsoval, an einzelnen Stellen dunkelbraun pigmentirt, enthält auf dem Durchschnitt eine mehr als erbsengrosse mit dicker klebriger Masse ausgefüllte Höhle. Die Epidermis ist sehr dünn, atrophisch, und die carcinomatösen Gebilde entstehen aus einer Wucherung der Epithelzellen der Haarscheiden und der Talgdrüsen, und wie es scheint auch manchmal aus der Schichte der Cylinderzellen der Epidermis. Diese epithelialen Gebilde sind von ver-

schiedener Grösse, länglich und schmal, und vereinigen sich in verschiedenen Richtungen.

Das zwischen diesen Gebilden gelegene Hautgewebe hat eine sarkomatöse, und spindelzellenförmige Structur. Gefässe sind in geringer Zahl vorhanden.

Die Schweissdrüsen sind nicht verändert.

Ein aus einer anderen Stelle der Stirne entnommenes Knötchen von Erbsengrösse, hat mehr ein braunes, fast schwarzes Pigment. Es ist dies ein Sarcoma giganto-cellulare und ist, was seinen mikroskopischen Bau anbetrifft, etwa den Epulis ähnlich; nur ist derselbe viel reicher an Zellenelementen, welche spindelförmig und rund sind; ausserdem besitzt er sehr wenig Intercellularsubstanz und ist dieselbe fast homogen, selten auch etwas fibrillären Baues. Die Riesenzellen, von denen sehr viele in einem mikroskopischen Felde vorhanden sind, haben mehrere grosse, ovale, leicht körnige, ziemlich stark gefärbte Kerne; dieselben liegen gewöhnlich im Centrum der Zelle und zwar gruppenweise, eine excentrische Lage ist nicht beobachtet worden. Der Zellenkörper selbst färbt sich sehr schwach, ist schmächtig, fast homogen und von verschiedenartiger Gestalt — die Zellen haben aber absolut keine Aehnlichkeit mit den Langhans'schen Riesenzellen sowohl was die Gestalt wie auch ihre Grösse und die Vertheilung der Kerne anbetrifft. An den Stellen wo das Knötchen stufenweise in die nicht tumorartig veränderte Haut übergeht, sieht man, dass die Neubildung rings um die Gefässe der Talgdrüsen und Haarscheiden beginnt, an Stellen wo die Bindegewebszellen am meisten ein gelbbraunes oder dunkelbraunes Pigment enthalten. An diesen Stellen tritt eine Wucherung der Zellen und die Bildung des sarkomatösen Gewebes ein. Die Epidermis ist verdünnt und fast bis zu ein Viertel ihrer Dicke reducirt, und die letzte Schichte ihrer Zellen, die äussere Epithelschichte der Haarscheiden wie auch die am oberflächlichsten gelegenen Hautschichten enthalten eine grosse Quantität eines dunkelbraunen Pigments. An dieser Stelle treten aus den Haarscheiden und vielleicht auch aus den cylindrischen Epidermiszellen, lange, cylindrische Epithelgebilde hervor und bilden ein hanfkorngrosses, carcinomatöses Knötchen, ein Knötchen, welches sich zwischen einem sarkomatösen Gewebe befindet; hie und da finden wir in den cylindrischen Zellen dieses Krebses ein wenig Pigment, und ähnlich wie in den anderen

Tumoren, eine Degeneration einer gewissen Partie der carcinomatösen Neubildung.

Der Tumor der Nase ist exulcerirt, blutet, lappenförmig und reich an breiten, dünnwandigen Gefässen.

Dieser Tumor besteht hauptsächlich aus carcinomatösen Neubildungen, die einen gleichen Bau und dieselbe Genesis wie die oben beschriebenen Tumoren zeigen. Eine gewisse Zahl der Krebskörper bildet grosse Herde, welche von einem spindelzellenförmigen, sarkomatösen Gewebe umgeben sind. Die colloide Degeneration der carcinomatösen Bildungen ist hier recht bedeutend. Pigment enthält der Tumor nicht. Die Epidermis ist an den Stellen, wo dieselbe erhalten geblieben, atrophisch, ohne Pigment.

Die Knötchen aus der Wange und auch der umgebenden Haut sind von Erbsengrösse und noch kleiner und zeigen überwiegend, ebenso wie der erste Tumor, einen carcinomatösen Bau; die Genese dieser Neubildung ist ähnlich wie der früher beschriebenen. Im Hautgewebe dicht unterhalb der Epidermis finden wir sehr viel Pigment — dasselbe sammelt sich in den Bindegewebszellen rings um die Gefässe, die hier recht zahlreich und breit erscheinen. Oft reicht das Pigment auch tiefer in das Hautgewebe. Die Epidermis und die carcinomatösen Bildungen enthalten viel weniger Pigment, aber die Wucherung des Epithels findet dort statt, wo rings um die Haarscheiden etc. und theilweise in ihrem Epithel, das Pigment sich angesammelt hat. Dasselbe geschieht rings um die Gefässe und überhaupt an den Stellen wo das meiste Pigment vorhanden ist, doch entsteht eine Proliferation von grossen, spindelförmigen, ovalen Zellen, und die Intercellularsubstanz wird bedeutend reducirt, dieselbe wird fast homogen — mit einem Worte, nimmt die Charaktere des sarkomatösen Gewebes an. Im Allgemeinen beginnt fast an allen Stellen wo mehr Pigment sich ansammelt, eine Neubildung des sarkomatösen, wie epitheliomatösen Gewebes. In der die Knötchen umgebenden Haut, die gesund erschien, konnten wir bei der mikroskopischen Untersuchung in ihrer oberflächlichen Schichte carcinomatöse Bildungen, manchmal auch Knötchen in der Dicke der Haut von Stecknadelkopfgrösse nachweisen, dieselben wurden nach dem Färben auch schon für das unbewaffnete Auge sichtbar.

Das Knötchen aus dem Femur (ausgeschnitten sammt $^1/_2$ Ctm. der umgebenden Haut) ist etwas grösser als ein Linsen-

korn, halbkugelig und geht fast rapid in die scheinbar gesunde Haut über. — Nach seinem Bau ist es ein Carcinom, welches aus den Talgdrüsen und den Haarscheiden entstanden ist.

Der Ursprung dieser Neubildung ist sehr deutlich an der dem Knötchen anliegenden Haut zu sehen, hier sind die Anfangsstadien der Carcinomentwickelung bemerkbar, ohne dass es zur Bildung eines Tumors kommt. Unter der Epidermis finden wir im Hautgewebe, in den Zellen des Bindegewebes rings um die Gefässe eine grosse Pigmentansammlung; in den tieferen Schichten der Epidermis (cylindrischen Zellen), wie auch in den Epithelzellen der Haarscheiden ist eine viel geringere Quantität eines körnigen gelbbraunen Pigments vorhanden. An diesen Stellen beginnt auch eine Bildung des tumorartigen Gewebes.

Schliesslich will ich hier noch der in der Milz gefundenen Knötchen erwähnen. Dieselben sind klein, von Hirsekorngrösse und noch kleiner, obgleich einige auch grösser, wie Linsenkörner erscheinen. Ihr Bau ist ähnlich demjenigen in der Haut. Ebensolche Krebskörper, aus ähnlichen Zellen bestehend, nur erfüllen dieselben die venösen Sinus, und das Grundgewebe wird von der Milzpulpa gebildet.

Diese Neubildungen gehen sehr rasch und zwar im ganzen Knötchen fast vollständig in colloide Degeneration über, so dass in einigen Knötchen noch die Zellengrenzen, obgleich sich dieselben nicht färben, und Kerne sichtbar sind.

Wir müssen annehmen, dass sich die Knötchen in den venösen Sinus der Milz, durch ein Verschleppen der carcinomatösen Elemente, und zwar durch die Blutbahnen gebildet haben. In den einzelnen Sinus sehen wir sich neubildende Cylinderepithelzellen, welche die Sinus ausfüllen, während das Endothel des Gefässes gut erhalten erscheint.

Erwähnen möchte ich hier, dass bei der mikroskopischen Untersuchung der Leber und der Nieren ähnliche Knötchen nicht nachgewiesen werden konnten. Diese beiden Organe und die Nebennieren haben keine pathologischen Veränderungen gezeigt.

Was die Veränderungen der Haut, die frei von Neubildungen war, anbetrifft, so waren dieselben bei allen untersuchten Partien (Gesicht, Hals, Hände etc.) die gleichen und deshalb werde ich den Befund bei der Untersuchung zusammen beschreiben.

Die Epidermis ist bedeutend verdünnt: die dickste Schicht

derselben bilden die verhornten und reichlich abschilfernden Zellen, dann folgen ein oder zwei, selten mehr Schichten Stachelzellen, und die tiefste Schichte Cylinderzellen, welche recht viel Körner eines braunen Pigments enthalten.

Papillen sind im Bereich des Fleckes nicht vorhanden — die Epidermis vertieft sich nicht in die Haut, und bedeckt dieselbe in einer geraden Linie, ausserhalb des Fleckes sind die Papillen klein, kurz und undeutlich. Es ist also die Papillärschichte im Bereiche des Fleckes vollständig atrophisch.

Das ganze Corium ist bedeutend dünner, kaum die Hälfte ihrer eigentlichen Dicke an diesen Stellen erreichend. Es enthält sehr wenig Zellen, dieselben sind spindelförmig mit einem kleinen ebenfalls spindelförmigen oder ovalen Kern versehen. Etwas mehr und grössere Zellen sieht man an der oberflächlichen Schichte, rings um die Blutgefässe und Haarscheiden gesammelt. In diesen Zellen ist das Pigmentquantum am grössten und gelangt dasselbe wahrscheinlich von hier in die tiefer gelegenen Schichten der Epidermis und zu den äusseren Epithelschichten der Haarscheiden.

Die Intercellularsubstanz ist recht consistent, fibrinös und enthält gar keine elastischen Fasern. Im Corium sind sehr wenige Blutgefässe und zeigen dieselben keine Veränderungen.

Die Muskeln der Haut sind meist atrophisch: feine dünne Bündel lassen sich hie und da doch sehen. Auch ist das Unterhautfettgewebe nicht ohne Veränderungen: dasselbe zeigt eine ziemlich grosse, zellige Infiltration, rings um die Gefässe und Fibrillen; die Gefässwände erscheinen an vielen Stellen bedeutend verdickt und von kleinem Lumen, welches letztere manchmal fast gänzlich durch wuchernde Endothelzellen geschlossen erscheint.

Die, die Gefässe begleitenden und die Gruppen von Fettzellen theilenden intercellulären Züge, sind sichtlich verdickt, fibrillär. — Ich will nicht bestreiten, dass ähnliche Veränderungen, nur in einem geringeren Grade, einer allmäligen Atrophie des Fettgewebes bei herabgesetzter Ernährung und Abmagerung zugeschrieben werden können; aber eine so bedeutende zellige Infiltration des ganzen Fettgewebes und rings um die Gefässe mit Veränderungen in den letzteren, ist eher einer entzündlichen Infiltration ähnlich und zwingt mich zur Annahme, dass auch die bedeutendere Entwickelung des fibrösen Gewebes auf frühere

entzündlich-atrophische Veränderungen des Fettgewebes bezogen werden kann. Diese Veränderungen des Fettgewebes habe ich nicht nur an den Stellen, welche den Pigmentflecken entsprachen, sondern auch im Gewebe unterhalb der kleineren und grösseren neugebildeten Knötchen, welche nicht dem Zerfall und der Ulceration anheimfielen, gefunden.

Wir können also annehmen, dass dort, wo die Haut Veränderungen aufweist, gleichzeitig auch das Unterhautfettgewebe verändert sein wird.

Zur Haut zurückkehrend, will ich bemerken, worauf ich schliesslich schon bei der Untersuchung der kleineren Knötchen aufmerksam machte, dass bei der mikroskopischen Untersuchung in der Mehrzahl der Pigmentflecke, welche noch nicht das Niveau der Haut überragen, schon Veränderungen, namentlich aber in den Haarscheiden nachgewiesen werden können, welche die Entwickelung des Krebses andeuten. Und manchmal sind die Veränderungen schon so gross, dass sie an die Krebsbildungen, welche wir bei den Tumoren schon früher beschrieben haben, erinnern. An anderen Stellen entwickelt sich wiederum das Bindegewebe und nimmt den Charakter des sarkomatösen Gewebes an, dasselbe zeigt oft grosse Zellen, wie kleine Riesenzellen, und eine so grosse Zahl von breiten Gefässen, dass man diese Stellen Angioma sarcomatodes benennen könnte. Eigentlich können aber diese mit Blut gefüllten Räume kaum als Gefässe bezeichnet werden, dieselben sind eher venösem Sinus ähnlich, denn sie besitzen keine eigenen Wandungen, und stellen nur Räume vor, die mit deutlichen wie geschwellten, endothelialen Zellen bedeckt sind. Solche, die Dicke der Haut einnehmende Knötchen, erreichen sogar die Grösse eines Hanfkornes und grenzen manchmal an einen sich entwickelnden mikroskopischen Krebsherd, oder auch es ragen die Krebsbildungen in ein solches sarkomatöses Knötchen hinein.[1])

---

[1]) Im Jahre 1886 befand sich auf meiner Abtheilung ein 16jähriges Mädchen S. B., welches die Symptome eines typischen Xeroderma zeigte und mit atrophischen Veränderungen an der Haut des Gesichtes, des Halses und der Hände, mit nicht sehr zahlreichen Pigmentflecken, von denen die Mehrzahl dunkelgelb oder gelbbraun erschien, behaftet war. Auf der linken Wange und den Nasenflügeln befanden sich spärliche Knötchen, von denen eines in der Nähe der Nasenspitze sass und die Gestalt und Grösse einer mittelgrossen Himbeere zeigte, geröthet und excoriirt erschien.

Aus meinen Untersuchungen ist ersichtlich, dass die Tumoren der Haut gewöhnlich in Mischformen erscheinen, und zwar als Krebse mit einer unbedeutenden Beimengung von sarkomatösem Gewebe. In einigen Tumoren nahm aber das sarkomatöse Gewebe das Uebergewicht und dann konnten nur hie und da zerstreute carcinomatöse Bildungen gesehen werden, wie z. B. in den Stirnknötchen (Sarcoma gigantocellulare) und am Kinn. Es waren also auch solche Tumoren, wo einmal dieses, das andere Mal das andere pathologische Gewebe überwogen hat.

Was verursacht die Entwickelung der Neubildungen?

Die mikroskopische Untersuchung ergab uns nichts Sicheres in dieser Richtung, sie erlaubt uns nur mehr oder weniger wahrscheinliche Hypothesen aufzustellen. Es ist eine längst bekannte Thatsache, dass aus pigmentirten Warzen etc. sehr oft bösartige Neubildungen zur Entwickelung kommen. Hier soll das Pigment die Gewebe zur Neubildung anspornen. Kaposi behauptet, dass analoge Processe beim Xeroderma pigmentosum vorhanden sein müssen. Wenn wir den Umstand berücksichtigen, dass alle Autoren, welche über das Xeroderma geschrieben haben, einstimmig darauf aufmerksam machen, dass bei jugendlichen Patienten multiple Carcinome oder Sarkome zu gleicher Zeit an mehreren Stellen und zwar aus kleinen Pigmentflecken entstehen, und dass diese Neubildungen zur Generalisation neigen, so ent-

---

Von der Mutter der Patientin konnte ich entnehmen, dass die Pigmentationen „Sommersprossen" am Gesicht und an den Händen schon seit der frühesten Kindheit vorhanden waren und dass die Knötchen sich erst vor vier Jahren zu bilden anfingen. Der Gesundheitszustand der Eltern ist ein guter und zeigen dieselben keine krankhaften Zustände, welche die Nachkommenschaft hereditär belasten könnten.

Eine ältere Schwester der Patientin, R. B., soll mit einer ähnlichen Affection wie unsere Kranke behaftet sein. Die Knötchen der Nase soll ihr College Chwat mehrmals exstirpirt haben, und als im Jahre 1885 eine Regeneration eintrat, reiste die Patientin nach Königsberg, wo sie in der chirurgischen Klinik unter den Symptomen einer Carcinomgeneralisation starb. Bei unserer Kranken, deren Zustand nichts Beunruhigendes zeigte, wurde behufs mikroskopischer Untersuchung ein himbeergrosses Knötchen (welches mit breiter Basis in der Nähe der Nasenspitze sass), ausgeschnitten. Dasselbe zeigte dieselbe carcinomatöse Bildung wie die oben beschriebenen Tumoren. Die Patientin und die mikroskopischen Präparate habe ich mehreren, meine Abtheilung besuchenden Collegen demonstrirt.

steht unwillkürlich die Idee, beide Symptome in Zusammenhang zu bringen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Pigment oder derjenige Process, welcher seine Bildung an der gegebenen Stelle hervorruft, den Reiz zur Ausbildung von bösartigen Tumoren abgibt.

An meinen sowohl den Tumoren wie auch der pigmentirten Haut entnommenen Präparaten ist die Wucherung des, die Gefässe umgebenden Bindegewebes oder des Epithels der Haarscheiden an den Stellen wo eine starke Ansammlung von Pigment stattfindet, eine sehr in das Auge springende, und nur diese Theile unterliegen anfänglich einer tumorartigen Degeneration.

Wir haben fast überall Mischformen von sarkomatösen und carcinomatösen Geweben gesehen, in welchen das eine oder das andere Gewebe überwogen hat. Erwähnenswerth ist aber der Umstand, dass in den grösseren Tumoren sehr wenig Pigment vorhanden war, manchmal auch fehlte dasselbe gänzlich — es ist leicht möglich, dass das Pigment mit der Zeit schwindet und auf irgend welchem Wege aus dem Organismus ausgeschieden wird.

Pick[1]) und Neisser[2]) schreiben ebenso wie Thiersch noch der Hautatrophie bei der Entstehung von Carcinomen eine bedeutende Rolle zu. Das atrophische Bindegewebe soll nach der Meinung dieser Autoren kein Hinderniss mehr für die lebhafte Wucherung der Epithelien bilden, und zwar eines Epithels, welches immer im embryonalen Zustande sich befindet und dadurch einer fortwährenden Vermehrung fähig ist; die Folge davon ist eine pathologische Wucherung. Was die Hautpartien, welche namentlich den Ausgangspunkt für das Carcinom abgeben, anbetrifft, so kann es laut meiner obigen Beschreibung keinem Zweifel unterliegen, dass nur die Haarscheiden und die Talgdrüsen und nur zum kleinen Theil die cylindrischen Zellen des Rete Malpighii in der Ausbildung des Carcinom Antheil nehmen — in den restirenden Theilen der Epidermis sieht man eher eine Atrophie, als eine Tendenz zu progressiven Veränderungen.

In den grösseren Krebskörpern waren zwar und namentlich näher dem Centrum cubische und mehreckige Zellen, im Centrum

---

[1]) Ueber Melanosis lenticularis progressiva etc. Verhandl. d. Deutschen Derm. Gesellsch. I. Congress 1889, pag. 272.

[2]) Ueber das „Xeroderma pigmentosum" — Liodermia essentialis etc. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1883, pag. 47.

unterlagen dieselben sogar einer Verhornung und bildeten Globes épidermiques; es waren aber ihrer sehr wenige, und andererseits konnten die cylindrischen Zellen auf dem Wege stufenweiser Veränderung und steter Vermehrung platte, verhornte, anatomische Elemente bilden — oder auch es waren die platten und verhornten Zellen an vielen Stellen Ueberreste der inneren Haarscheide, nachdem das Haar atrophisch wurde. Es ist dies schon der zweite meiner Fälle von Xeroderma, in welchem ich eine ähnliche Entwickelung von Krebskörper nachgewiesen habe. So viel mir bekannt ist, erwähnen nur Vidal und Leloir,[1]) dass sie Krebsknötchen, welche sich wahrscheinlich aus den Hautdrüsen entwickelten, gefunden haben, der Bau der Knötchen war aber ein Epithelioma mit einer grossen Quantität von verhornten Epithelkugeln. Im Allgemeinen wurde die Histogenese des Krebses bei Xeroderma pigmentosum wenig beachtet und als eine untergeordnete Frage bei dieser Krankheitsform betrachtet. Man kann aber a priori sagen, dass, wenn auch nicht in allen, so doch in der Mehrzahl der Fälle von Xeroderma, das Carcinom doch meistens aus den Epithelien der Haarscheiden etc. sich entwickelt hat, denn rings um dieselben und in der äusseren Schichte ihrer Zellen wurde immer wieder Pigment gefunden, und mit dem letzteren steht gewöhnlich die Bildung der Neubildung aus demjenigen Gewebe in welchem Pigment vorhanden ist, in Zusammenhang.

Die Entstehung der Hautatrophie und das Verhältniss derselben zur Ansammlung von Pigment in der Haut, lassen sich schon schwieriger erklären. Verschiedene Autoren sprechen sich über diese Frage verschieden aus. Kaposi behauptet, dass die Hautatrophie in der papillären Epidermisschicht beginnt und erst später in das Corium übergeht, die Veränderungen der Pigmentation betrachtet er als eine Folge des atrophischen Processes, wie dies auch bei anderen Processen angetroffen wird. Auch wird die Möglichkeit von Kaposi zugegeben, dass die Atrophie der Gefässe das Primäre bildet und dadurch die Hautatrophie, die anormale Pigmentation und auch theilweise die Telangiektasie bedingt.

Andere Autoren, wie Neisser, Vidal, Leloir, Pick und Andere, haben stellenweise einen Schwund der Gefässe und des

---

[1]) l. c. pag. 641.

Hautgewebes, stellenweise eine Erweiterung der Gefässe und eine Ansammlung von Pigment nachgewiesen. Pick[1]) beschreibt sogar endo- und periarterielle Veränderungen, namentlich in der Papillarschichte und ausserdem gibt dieser Autor an, dass dort, wo keine Zelleninfiltration in der Haut vorhanden ist, das Pigment in der Malpighi'schen Schichte gefunden wird, und dort, wo eine grössere Infiltration stattfindet, das ganze Pigment in den infiltrirenden Zellen gefunden wird, während die Epidermis fast ohne Pigment bleibt.

Ehrmann[2]) hat durch seine Untersuchungen nachgewiesen, dass das meiste Pigment in den, die Gefässnetze umgebenden Zellen, dicht unterhalb der Epidermis gelegen ist, und dass dasselbe erst von hier in die Epidermis gelangt. Demieville[3]) hat in den Pigmentflecken eine zellige Infiltration der Haut und der Adventitia der Gefässe gefunden, die Gefässe waren verdickt, ein Theil derselben war verwachsen, der andere frei und rings um die letzteren sammelte sich das Pigment, welches auch im Rete Malpighi vorhanden war.

Aehnliche Veränderungen findet man auch bei den Sommersprossen. Es ist nicht schwer, eine Analogie, wie dies Pick thut, hier zwischen den oben erwähnten Veränderungen und den bei Xeroderma pigmentosum gefundenen Veränderungen zu finden. Solche Veränderungen haben wir auch in der Haut gefunden — erweiterte Gefässe, umgeben von Zellen, die mit Pigment erfüllt erschienen, wenige oder kleine Gefässe — Fehlen von Pigment. Aber die im Unterhautfettgewebe gefundenen Veränderungen (wenn die weiteren Untersuchungen in ähnlichen Krankheitsfällen dieselben bestätigen werden) erlauben mir eine andere Hypothese auszusprechen. Die Pigmentveränderungen der Haut sind regionär und klein, wir können also annehmen, dass jede kleine Hautpartie ihr Ernährungsmaterial von einem aus einer kleinen Arterie stammenden und im Unterhautbindegewebe gelegenen Gefässnetz bezieht; wenn dieser arterielle Zweig durch einen endo- und periarteriellen Process verschlossen wird, dann muss ein Verschluss eines ganzen Gefässnetzes einer gewissen Gegend und

---

[1]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1884, pag. 13.

[2]) Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie des Hautpigmentes. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887.

[3]) Ueber die Pigmentflecke der Haut. — Virchow's Arch., Bd. 81.

damit auch eine Atrophie an dieser Hautstelle resultiren — gleichzeitig werden die angrenzenden Regionen, eine oder mehrere, eine Hyperämie erleiden, die Gefässe werden sich erweitern, und die um dieselben angesammelten Zellen werden sich mit Pigment füllen etc. Es ist selbstverständlich, dass, um solche Veränderungen in kleinen Hautpartien hervorzurufen, kein sehr diffuser oder intensiver Process im Unterhautbindegewebe, wobei ein Hartwerden (Sklerosirung) des letzteren und eine Immobilität der Haut entstehen würde, erforderlich ist. — Dazu genügen unbedeutende, hie und da sich abspielende entzündliche Veränderungen des Unterhautbindegewebes und namentlich in einer gewissen Anzahl von Gefässen. Damit aber diese Hypothese an Wahrscheinlichkeit gewinne, müssen wir uns überzeugen, dass schon in den Anfangsstadien des Xeroderma solche Veränderungen im Unterhautbindegewebe existiren und dass sie nicht später entstanden sind; und weiter müssten wir im Falle einer Section mittelst Gefässinjection z. B. der dorsalen Handfläche, den regionären Schwund und die regionäre Erweiterung der Gefässe zu beweisen suchen, und Serienschnitte der Haut und des Unterhautbindegewebes, welche einigen kleinen Hautpartien entnommen wurden, können bei der mikroskopischen Untersuchung den Beweis liefern, ob die Ursache der Gefässveränderungen der Haut von den Gefässveränderungen des Unterhautbindegewebes abhängig ist.

Ueber den Favuspilz bei „Favus herpeticus“.

Von

Dr. med. Anton Elsenberg,

Primararzt der Abtheilung für Syphilis und Hautkrankheiten im Israelitenhospital zu Warschau.

Seitdem ich die Resultate meiner Untersuchungen über den Favuspilz [1]) veröffentlicht habe, hatte ich Gelegenheit, Culturen dieses von zehn Individuen entnommenen Pilzes anzustellen. Bei sieben von ihnen war das Leiden blos auf den Kopf beschränkt, wo alte, grosse, charakteristische Scutula zu finden waren und der Scheitel des Kopfes in grosser Ausdehnung kahl war. Bei den übrigen drei war der Favus über den Kopf und die nicht behaarten Hautpartien in ziemlich grosser Ausdehnung verbreitet.

Was den aus den Scutulis und den Haaren gezüchteten Pilz betrifft, so kann ich mich darauf berufen, was in der oben citirten Arbeit angegeben wurde. Hier sei nur Einiges über die Culturen, die ich aus dem Favus der nicht behaarten Haut erhalten habe, mitgetheilt.

Quincke nimmt in der letzten Arbeit [2]) seine beiden Pilze β und γ für einen an, der Favus der behaarten Kopfhaut (Favus vulgaris) hervorrufen soll, dagegen soll der Pilz α, der dem Favuspilz bei der Maus (v. Boer's) ähnlich ist, seiner Meinung nach, Favus der nicht behaarten Haut in Form eines mykotischen Ausschlages, der herpesartig aussieht, hervorrufen und wird von

---

[1]) Der Favuspilz. — Gazeta lekarska Nr. 9 u. 10, J. 1889. — Ueber den Favuspilz. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1889, S. 179.

[2]) Doppelinfection mit Favus vulgaris und Favus herpeticus. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1889, Bd. VIII. Nr. 2.

Quincke als „Favus herpeticus" genannt, den aber Köbner und Andere als herpetisches Vorstadium des Favus betrachten. Als Beispiel dieser Doppelinfection des Favuspilzes führt Quincke einen Fall von Favus des Kopfes und Favus herpeticus der Haut an, wo es ihm gelungen, von den Kopfscutulis den Pilz γ und von den Hautschuppen den Pilz α zu züchten.

Wie ich in meiner ersten Arbeit erwähnt habe, ist es mir nicht gelungen, den Pilz α aus so reichlichem Materiale zu züchten. Da derselbe nach Quincke hauptsächlich, ja sogar ausschliesslich bei Favus der angeblich nicht behaarten Haut zu finden sein soll, so fing ich an, Culturen aus Schuppen und Scutulis der Haut bei sogenanntem Favus herpeticus zu bereiten, wofür mir niemals Material zu fehlen pflegt.

Am 19. August 1889 kam auf meine Abtheilung Aron Dziobak, ein 12jähriger Knabe, schwach entwickelt, klein wie ein 6jähriges Kind, von greisigem Aussehen. Die unteren Extremitäten bogenartig verkrümmt, Wirbelsäule und Brustkasten in Folge rhachitischer Veränderungen ebenfalls verkrümmt; ausserdem tuberculöse Veränderungen im linken Ellenbogengelenke und den linksseitigen Halslymphdrüsen.

Der mit Haaren bedeckte Kopf ist von schwefel- oder graugelben Scutulis von verschiedener Grösse und Gestalt besäet, die auf der vorderen Partie und am Scheitel des Kopfes mit einander confluiren, eine einzige wie in die Haut hineinschneidende Masse mit gezackten Rändern bildend. Die übrigen von Scutulis freien Partien der Kopfhaut bieten eine geringe Röthung und ziemlich reichliche Abschuppung dar. Das Haar ist hell, kurz, brüchig, ohne Glanz, wie bestäubt. An der Stirn, vor Allem aber an der Haargrenze, hinter den Ohren, an den Augenbrauen, an den inneren Lidwinkeln, an den unteren Lidern, ferner an den Nasenflügeln und der Wange finden sich rothe, leicht erhabene, linsenkorn- bis zehnkreuzerstückgrosse Flecke, die ziemlich reichlich mit kleinen, reichlichen Schuppen, welche stellenweise in grösserer Menge sich ansammeln, der Oberfläche ein unebenes, rauhes Aussehen gewährend, bedeckt sind; ihre Ränder sind ebenfalls uneben, als ob sie aus zahlreichen, kleinen Efflorescenzen zusammengesetzt wären. Hie und da in der Mitte oder in der Nähe der Peripherie dieser herpesähnlichen Efflorescenzen befinden sich kleine, ver-

trocknende und an der Spitze sich mit kleinen grauen Schorfen bedeckende Bläschen. Ausserdem sieht man an den Efflorescenzen kleine gelbe, stecknadelkopf- bis hanfkorngrosse, scharf abgegrenzte, ziemlich dicke, runde, die Oberfläche der herpetischen Efflorescenzen etwas überragende Scutula, deren Mitte von einem oder mehreren dünnen, farblosen Härchen durchbohrt ist. Hie und da findet man auf einer dieser Efflorescenzen mehrere kleinere, von einander entfernte Favusschildchen.

Am Halse, auf der Brust und am Rücken findet man sehr viele, den obigen ähnliche, rundliche oder ovale Efflorescenzen von 1—3 Ctm. Durchmesser mit kleinen, dünnen, glänzenden, nicht immer leicht abhebbaren Schüppchen bedeckt. Desgleichen an den unteren Extremitäten. In der scapularen Gegend und an der Streckseite des rechten Oberarmes befinden sich auf ähnlichen schuppenden Efflorescenzen hirse- bis linsengrosse Favusscutula, seltener etwas grössere. Mässiges Jucken. Nach der Aussage der Mutter des Patienten sollen die Veränderungen am Kopfe mehr als ein Jahr vorhanden sein, dagegen sollen dieselben an der Haut erst vor zwei Monaten entstanden sein.

In den Schuppen der Hautefflorescenzen waren Pilzansammlungen, Achorionis, ebenfalls wie in den Scutulis zu finden.

Die aus den Scutulis des Kopfes und des Oberarmes, wie aus den Schuppen des Gesichtes und der Augenbrauen angestellten Culturen haben einen und denselben Pilz ergeben, der vollständig demjenigen analog ist, den ich in der oben citirten Arbeit beschrieben habe. Ausserdem waren auch mikroskopisch dieselben Mycelfäden, Sporen und Sporangien, den Mucorsporangien ähnlich zu constatiren. Niemals aber waren darin solche Sporenproducte, die Quincke in seinem Pilze α oder v. Boer bei Favus der Maus schildert, enthalten.

Kurz darauf hatte ich Gelegenheit, Culturen aus zwei anderen Individuen, die mit einem ähnlichen herpetischen Favus behaftet waren, zu bereiten.

J. L. Feinberg, 10jährig, längst krank, kam auf meine Abtheilung den 18. September 1889. Fast der ganze Kopf, mit Ausnahme des Hinterhauptes, ist mit einer dicken Schicht trockener, bröckeliger, rissiger, gelbbrauner Masse bedeckt. Das Haar ist matt, brüchig, dunkel, ohne dass sich die Farbe bestimmen lässt.

An der Stirn, den Augenbrauen, Nasenflügeln und Wangen rothe, leicht erhabene, schuppende, linsenkorngrosse und noch grössere Flecken. Am Halse und an den Schultern zahlreiche ebensolche, zu grösseren, von 1—1$^1/_2$ Ctm. Durchmesser confluirende Efflorescenzen; weniger an der Haut des Rumpfes und der Extremitäten, die in Folge des Juckens zerkratzt, mit Borken bedeckt erscheint.

In den Schuppen spärliche Hyphen und Sporen des Achorion.

Am folgenden Tage habe ich Stückchen aus den Kopfscutulis und aus den Schüppchen aus dem Gesicht und Rumpf auf Agar, Kartoffel und Bouillon überimpft.

Endlich hatte der dritte Kranke, M. Provisor, 7jährig, mit Kopffavus, herpesähnliche Efflorescenzen am Gesicht und Nacken, an den Schultern, spärlich am Rumpf; in den Schuppen dieser Efflorescenzen waren Mycelfäden und Sporen zu finden.

Am 21. October 1889 habe ich Stückchen aus den Kopfschildchen und Schüppchen aus den herpetischen Efflorescenzen auf Bouillon etc. überimpft.

Die Anfertigung von Culturen aus Schuppen ist sehr mühsam und zeitraubend, so habe ich, obgleich ich am nöthigen Material keinen Mangel hatte, nur von diesen drei Patienten Culturen bereitet. Aus den Schuppen sind mir am besten Culturen auf Bouillon gelungen, dieselben waren aber stark durch verschiedene Schizomyceten verunreinigt. Erst nach mehrmaligem Ausspülen des geimpften, schon von Mycelfäden durchwachsenen Stückchens der Schuppe in sterilisirtem Wasser oder Bouillon gelingt es, Stückchen des letzteren auf Kartoffel zu impfen und eine reine Cultur zu erhalten. Auch in diesen zwei Fällen war der Pilz sowohl in Bezug auf die Cultur, wie auf das mikroskopische Verhalten dem aus den Scutulis des Kopfes, der Haare, sowie dem im ersten Falle bei Dziobak gefundenen ähnlich.

Ein und derselbe Pilz hat also in allen drei Fällen gleichzeitig Favus des Kopfes und der ganzen Hautoberfläche hervorgerufen, theils in ausschliesslich herpetischer Form, theils hie und da auch an der Haut charakteristische Scutula producirend.

Zu gleichem Resultate kam in seinen Untersuchungen

Prof. Pick im Jahre 1887, und neulich ist es Fabry[1]) gelungen, einen Pilz aus dem Favus des Kopfes und der nicht behaarten Haut zu züchten, der dem Pilze γ Quincke's ähnlich war, und ausserdem hat er durch Impfung der reinen Cultur auf seinen Unterarm den sogenannten Favus herpeticus mit typischen kleinen Scutulis hervorgerufen. Ebensowenig, wie es scheint, gelang es Jadassohn,[2]) wie Anderen, die sich mit der Untersuchung des Favuspilzes beschäftigen, den Pilz α von Quincke zu züchten. Die bisherigen Untersuchungen, zwischen denen Fabry's Versuch der beweisendste ist, stimmen also alle damit überein, dass derselbe Pilz, der sich in den Scutulis und den Haaren des Kopfes befindet, ebenfalls in den Efflorescenzen bei Favus herpeticus zu finden ist.

Auch klinisch scheint die Ausdehnung des Processes manchmal für die Einheit des Pilzes bei Favus des Kopfes und der übrigen Haut zu sprechen. Denn sehr häufig geht der Kopffavus, bald in Folge von Kratzen, bald durch spontanes Fortschreiten, auf die Stirn, Augenbrauen, Ohr (oder hinter das Ohr), Nacken und später auf die Lider, Nase, Wange, Hals etc. über — so wenigstens wäre aus der Zeitfolge der Efflorescenzen der Weg seines Fortschreitens vom Kopfe auf die übrige Haut zu bestimmen.[3])

---

[1]) Klinisches und Aetiologisches über Favus. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1889, Heft 4.

[2]) Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Erster Congress in Prag, 1889, pag. 77.

[3]) Dr. Jadassohn behauptet in seiner Vorlesung, als hätte ich zwei den Favus hervorrufende Pilzarten angenommen. In der That aber verhält sich die Sache anders und die oben ausgesprochenen Worte bilden einen weiteren Beweis dafür. Ich nehme nur einen Pilz an, da ich nur einen zu züchten im Stande war, es fiel mir aber auf, dass derselbe verschiedenartig auf gewissen Nährboden zur Entwickelung kommt, und dieses verschiedenartige Wachsthum habe ich in meiner früheren Arbeit zu betonen gesucht. Noch bis heutzutage bin ich nicht im Stande, zu erklären, wie derselbe Pilz ein Mal so, das andere Mal wieder anders aussieht. Vielleicht hängt dies, wie es Dr. Jadassohn vermuthet, mit der Ungleichmässigkeit des Nährbodens zusammen? Ich kann hier blos darauf aufmerksam machen, dass, wenn das Procent des Agar (im Fleisch infus. Pepton-Agar) klein ist,

und im unteren Theile des Reagensgläschens sich ungefähr so viel Flüssigkeit befindet, wie viel Condensationswasser im erstarrten Blutserum enthalten, so entwickeln sich die Favuscolonien fast gleich wie auf Serum, sie sind vollständig glatt, grau, halbkugelig, glänzend, ohne Lufthyphen. In dem Masse aber, als diese Flüssigkeit und der Agar auszutrocknen beginnen, entwickeln sich allmälig Lufthyphen, zuerst an der Peripherie der Colonien. Das Gleiche geschieht auf Agarglycerin, wenn ein bedeutendes Procent (über 10 Procent) Glycerin hinzugefügt war. Es gelingt manchmal, auf Bouillon eine ähnliche Colonie zu erhalten, namentlich, wenn wir dieselbe für kurze Zeit mittelst eines Platindrahtes etwas unterhalb der Oberfläche des Bouillons hineindrücken.



Fig. 1.

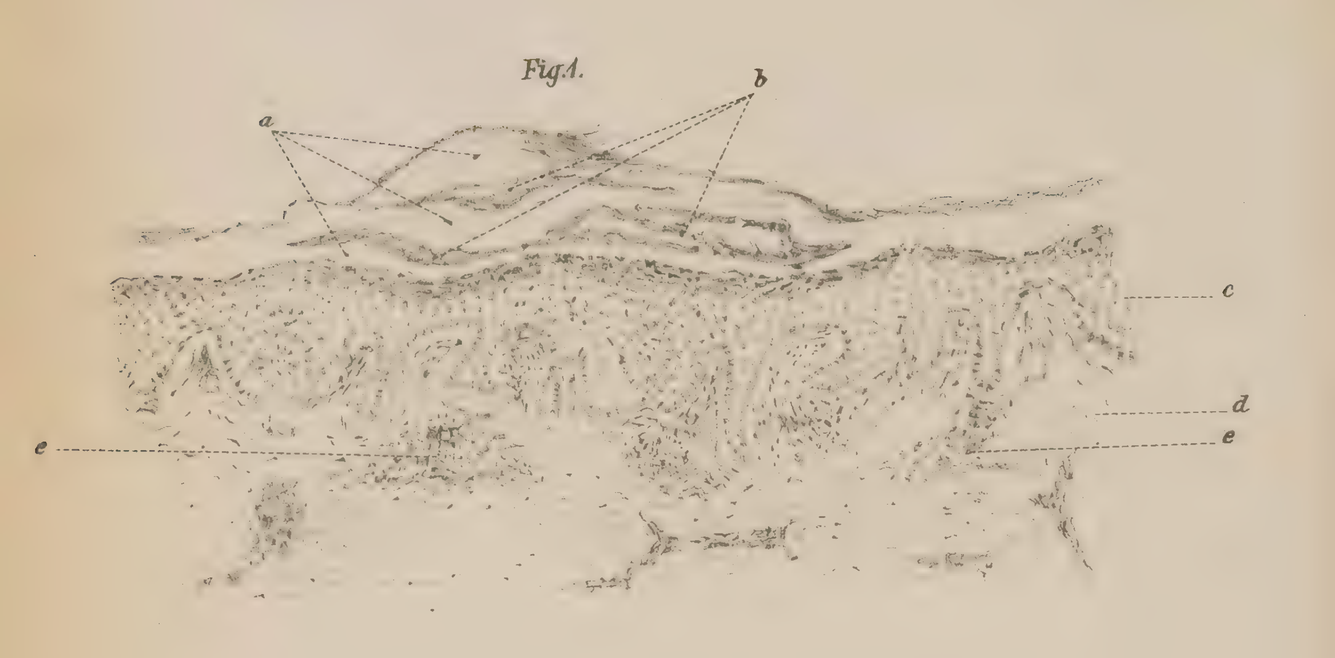


Fig. 2.

b
b
a
d
c
c
d
e

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien, VII. Bez.

Zur Anatomie der Prurigo.

Von

Dr. Ernst Kromayer

ehemaligem Assistenten am pathologischen Institute in Bonn.

(Hiezu Tafel X.)

Ueber die pathologische Anatomie der Prurigo bestehen, wie bei vielen Hautkrankheiten, so verschiedene und sich widersprechende Ansichten, dass ich der Aufforderung des Professor Neisser, die Anatomie dieser Erkrankung an der Hand des gesammelten Materials der Breslauer Klinik nochmals zu prüfen, gerne nachkam.

Es war Prurigohaut von vier Personen vorhanden, die dem Ober-, Unterarm und dem Oberschenkel entnommen, theils in Alkohol, theils in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet war. Einzelne Stücke waren vorher gekocht. Die Untersuchung wurde nach Celloidineinbettung an ungefärbten und an mit Carmin- und Anilinfarben tingirten Schnitten vorgenommen.

Ueber die vier Personen gebe ich folgende, für die Untersuchung in Betracht kommende klinische Notizen:

1. Steuer Ida, 16 Jahre alt. Gestorben am 23. December 1887 an Nephritis haemorrhagica. Prurigo seit dem ersten Lebensjahr.

2. Pratsch Carl, Schuhmacher, 57 Jahre alt, angeblich seit dem 19. Lebensjahr an Prurigo leidend. Typischer Fall.

3. Mesech Max, 13 Jahre alt. Prurigo seit dem 2. Lebensjahre. Zum neunten Male in klinischer Behandlung.

4. Sechsjähriger Knabe, gestorben an Bronchitis, von dem weitere klinische Notizen fehlen.

Die erste zu beantwortende Frage war:

Woraus bestehen die Prurigoknötchen?

Ich fand übereinstimmend bei allen den vier Personen entnommenen Hautstückchen immer wiederkehrende Veränderungen der Epidermis, die in Ausdehnung und Grösse den Prurigoknötchen entsprachen, so dass ich keinen Anstand nahm, diese als die Prurigoknötchen aufzufassen. Die Veränderungen bestehen in einer Verdickung der Epidermis, besonders der Hornschicht. In den meisten Fällen ist diese Verdickung combinirt mit einer Cystenbildung in der Hornschicht oder unter derselben. Nur in zwei Fällen sah ich eine Cystenbildung im Stratum mucosum. Die Cystchen sind fast leer und aus ihrer ganzen Configuration zu schliessen, zusammengefallen. An den Wänden klebt ein feinfaseriges und körniges Gerinnsel, welches wenige tingirbare Kerne enthält, die Rundzellen und zerfallenen Epithelien angehören. Fig. 1 gibt die beschriebenen Veränderungen wieder; *a* ist die verdickte Hornschicht, *b* die Cysten. Die Retezapfen zeigen, ebenso wie die Papillen, in der Ausdehnung der Knötchen in der grossen Mehrzahl keine Verlängerungen gegenüber der umgebenden Haut. Mit diesen Befunden stimmt überein, dass ich dem 13jährigen Knaben Max Mesech, der zur Zeit wieder zur Behandlung in die Klinik kam, die Prurigo-Knötchen im Niveau der übrigen Haut mit einem Rasirmesser abtragen konnte, ohne in der Mehrzahl der Fälle die geringste Blutung zu erhalten. Wie schon der ältere Hebra angibt, enthalten diese Knötchen eine etwas trübe Flüssigkeit. Mikroskopisch fand ich in ihr etwas Gerinnsel, Eiterkörperchen, zerfallende Epithelien und Zelldetritus. Die Entstehung der Cystchen im Stratum corneum ist vielleicht durch eine Exsudation von Flüssigkeit unter die Hornschicht zu erklären, die durch nachfolgende Verhornung der unter ihr liegenden Epithelien abgekapselt wird, vielleicht erfolgt auch die Exsudation direct in die Hornschicht, welche durch das fortwährende Kratzen in ihrem Zusammenhange gelockert wird und so dem Exsudationsstrome[1])

---

[1]) Wenn ich hier das Wort Exsudation gebrauche, so will ich damit nicht eine „entzündliche" bezeichnen. Sie soll hier nur im allgemeinsten Sinne eine Absonderung von Flüssigkeit aus den Gefässen bedeuten.

weniger Widerstand entgegensetzt, als eine unverletzte Hornschicht. Aus den anatomischen Befunden bin ich zu keiner definitiven Entscheidung über diesen Punkt gekommen.

Die zweite Frage galt dem Standort der Knötchen. Ich konnte mich an den serienweise untersuchten Schnitten leicht überzeugen, dass nur ein Theil mit einem Haarbalge in Verbindung steht, in welchem Falle dieser denen der Epidermis analoge Veränderungen aufweist. Ein anderer hat keinerlei Beziehung zu Haarfollikeln. Dieser keineswegs neue Befund macht leider die geistreiche Hypothese Auspitz' von dem Krampf der Arrectores pilosum als Ursache des Prurigoknötchen hinfällig, was umso mehr zu bedauern ist, als damit auch Auspitz' Erklärung von der Localisation der Prurigo auf den Streckseiten fällt, ohne einer anderen genügenden Theorie Platz zu machen.

Von Wichtigkeit war es, ob die bisher beschriebenen, an den gehärteten Objecten aufgefundenen Knötchen einen ursächlichen Zusammenhang mit Veränderungen des Papillarkörpers und der Lederhaut aufwiesen. Ich komme hiermit zu diesen Veränderungen selbst.

Die obersten Schichten der Cutis zeigen eine fleckweise oder doch wenigstens unregelmässige Vermehrung der Kerne, die ihrer Gestaltung nach theils festen Bindegewebszellen, theils Rundzellen entsprechen. Eine deutliche Beziehung zu den Epidermisknötchen konnte ich nicht constatiren, wenn es auch manchmal schien, als ob gerade an diesen Stellen die Infiltration stärker wäre. Hervorheben möchte ich nur, dass diese Zellenvermehrung nicht in die tieferen Lagen der Cutis reicht, sondern sich grösstentheils auf die für die Ernährung der Epidermis bestimmten Gefässe und deren Bezirke beschränkt. Die vielfach beschriebene „Hypertrophie" der Arrectores pilosum, sowie das Auswachsen der Haartaschen in die Muskelbündel waren vorhanden. Sie sind bei vielen anderen Hautkrankheiten gefunden und ist das Hineinwachsen des Epithels in das Muskelbündel ein normaler Befund, wenn auch nicht in dem Masse wie hier.

Uebereinstimmend mit diesem Auswachsen der Haartasche dieser Hypertrophie des Epithels, ist auch das Epithel der ganzen Oberhaut, oder vielmehr diese selbst, hypertrophisch in allen ihren Schichten. Ich bin mir wohl bewusst, dass man mit einem derartigen

Urtheile sehr vorsichtig sein muss, da die individuellen Verschiedenheiten, gerade was die Epidermis betrifft, gross sind. Jedoch glaube ich aus zahlreichen Vergleichen mit normaler Haut mit diesem Urtheile nicht fehl zu gehen. Besonders ist die Hornschicht stark verdickt, und wie es durch Färbung mit Anilinfarben besonders deutlich wird, fester als normal. Dementsprechend ist das Keratohyalin Waldeyer's und das Eleidin Ranvier's wenn auch nicht ganz regelmässig auf der ganzen hypertrophischen Epidermis, so doch sehr bedeutend vermehrt.

Fig. 2 veranschaulicht diese Verhältnisse. Das Eleidin bildet grosse Fladen *b* und Tropfen *c*, wie ich sie an normaler Haut des Oberschenkels, von dem das genau nach Ranvier's Vorschrift gefärbte Präparat stammt, nie gesehen habe. Das Keratohyalin *d* liegt bis in sechs Zellreihen. In der Zeichnung ist dies entsprechend der Ranvier'schen Färbung, durch welche das Keratohyalin nur ganz matt tingirt wird, nur unvollkommen zum Ausdruck gebracht.

Was nun die Uebersetzung der mikroskopischen Befunde in die klinischen Symptome anlangt, so war für mich umso grössere Vorsicht nöthig, als ich, abgesehen von dem 13jährigen Mesech, das lebende Material nicht kannte.

Durch die Härtung verschwinden bekanntlich in Folge der wasserentziehenden Eigenschaften des Alkohols, auf der ja zum grossen Theile die Härtung beruht, alle Ansammlungen von Flüssigkeit im Gewebe.

Das anatomische Substrat der Knötchen konnte daher ausser den gefundenen Veränderungen noch in einem serösen Erguss der Cutis bestehen, der sich an den mir vorliegenden gehärteten Objecten der Beobachtung entziehen musste. Entziehen mussten sich auch alle Knötchen, die etwa nur aus einem serösen Erguss in der Cutis bestanden. Wenn ich auch dem schon erwähnten Knaben die Knötchen in den meisten Fällen ohne Blutung abtragen konnte, was die rein epidermoidale Natur dieser Knötchen zu beweisen scheint, so handelte es sich doch um einen 11 Jahre alten Prurigofall mit so stark verdickter Epidermis, dass sehr wohl ein das Knötchen mitbildendes seröses Exsudat in der Cutis nicht das Niveau der umgebenden äusseren Epidermisfläche erreichen mochte und so beim Abtragen der Knötchen nicht verletzt wurde. Leider hatte ich es verabsäumt, die Knötchen frisch

zu untersuchen, wodurch ich ja allein über diese Verhältnisse sicheren Aufschluss hätte gewinnen können.

Die soeben erwähnten Bedenken sind umso gerechtfertigter, als eine Reihe von Forschern, Hebra, Wedl, Neumann, Morison, die Prurigoknötchen thatsächlich für subepidermoidale halten und noch neuerdings von Riehl[1]) diese Ansicht durch Schrift und Bild vertreten wird. Ich kann nicht umhin, auf die letztere Arbeit kurz einzugehen. Riehl hat sicher Recht, wenn er den Werth der Untersuchung von frisch entstandenen, noch nicht zerkratzten Knötchen hervorhebt. Seine (Taf. VI, Fig. 1) entworfene Zeichnung zeigt aber deutlich, dass er das, was wir seit Hebra unter Prurigo-Knötchen verstehen, nämlich kleine bis hanfkorngrosse Knötchen, nicht vor sich hatte, wenigstens nicht in dem, was er abgebildet. Jeder, der die Zeichnung sieht, wird mir, glaube ich, zugeben, dass das Knötchen bedeutend grösser ist. Ein einfacher Vergleich der Grösse der gezeichneten normalen Retezapfen und der Dicke der Epidermis mit der Grösse des Knötchens lässt etwa auf eine mittelkleine Urticariaquaddel schliessen. Damit fällt eigentlich schon das ganze von ihm gewonnene Resultat. Ferner berichtet er nicht, wie er den mikroskopischen Schnitt gewonnen. Und doch ist es sehr wichtig zu wissen, ob er seine Stückchen härtete oder nicht. Was er Seite 47 über die mikroskopischen Veränderungen der Lederhaut sagt, ist noch weniger stichhaltig. „Das Maschenwerk der oberen Cutislage erscheint lockerer gefügt, die Blut- und Lymphgefässe erweitert.“

Diese bei Entzündung am Lebenden sicher bestehenden Veränderungen sieht man an histologischen mikroskopischen Präparaten, nun gar wenn sie gehärtet sind, nicht, wenigstens nicht bei den geringen Graden krankhafter Veränderungen der Haut, wie die in Frage stehenden. Excidirt man ein Hautstückchen am Lebenden, so contrahiren sich die Gefässe, auch wenn sie sehr stark ausgedehnt waren, wie bei der Psoriasis, sofort und sind, wenn nicht ganz, so doch fast blutleer. Ihre vorhanden gewesene Weite zu beurtheilen, ist natürlich unmöglich. Schlimmer steht es noch mit der Beurtheilung der (capillaren) Lymphgefässe. Diese erkennt

---

[1]) „Ueber die pathologische Bedeutung der Prurigo.“ Arch. f. Derm. u. Syph. 1884, pag. 41.

man ohne ganz besondere Präparationsmethoden überhaupt nicht als solche, viel weniger kann man ihre Weite beurtheilen. Ob das Maschenwerk der Cutis fester oder weniger fest gefügt, ist schwer an frischen Präparaten zu sagen, unmöglich in den meisten Fällen an gehärteten, nachdem das Gewebe nach den Zerrungen der Härtung gewöhnlich noch den Insulten der Färbemethoden ausgesetzt wird.

Ich bin etwas näher auf die Kritik der oben erwähnten Sätze eingegangen, weil ich sie häufig in histologisch-dermatologischen Aufsätzen gelesen. Sie scheinen dieselbe Rolle, wie die von Auspitz und Unna gerügten bekannten Verlängerungen und Verbreiterungen der Papillen zu spielen. Ich will jedoch, um etwaigen Missverständnissen vorzubeugen, gleich hier betonen, dass, wenn ich mich auch gegen die Riehl'sche Arbeit als solche gewandt habe, ich seine Ansicht über die Pathogenese der Prurigo, wie aus Folgendem hervorgehen wird, im Wesentlichen theile.

Kehre ich nun zurück zu den Prurigoknötchen, so glaube ich, dass die verschiedenen Befunde der Forscher über die Betheiligung der Cutis an den Prurigoknötchen auf die Präparation und Härtung im Alkohol, in welchem ein seröses Exsudat der Cutis in Folge der Wasserentziehung verschwinden muss, zurückzuführen ist. Leloir und Tavernier[1]) haben neuerdings Untersuchungen über Prurigo veröffentlicht, in denen sie ähnliche Befunde, wie die meinen beschreiben, aber auch für ganz frische Knötchen eine Betheiligung der Cutis leugnen. Auch sie haben an gehärteten Objecten gearbeitet. Wenn man aber den häufigen Zusammenhang der Urticaria mit der Prurigo und den allmäligen Uebergang der einen Krankheit in die andere ins Auge fasst, so wird man sich nicht der Wahrscheinlichkeits-Annahme verschliessen können, dass wenigstens im Beginn der Erkrankung die Knötchen zum Theil aus serösem Exsudat in die Cutis bestehen. Meine gegentheiligen Befunde stehen mit dieser Ansicht durchaus nicht im Widerspruch. Durch die Härtung war es mir eben unmöglich, eine Betheiligung der Cutis an den Knötchen festzustellen. Wahrscheinlich wird sie aber nicht nur durch die Aetiologie der Krankheit, sondern auch dadurch, dass eine

[1]) Ann. de derm. et de syph. 1889. Tome X. Nr. 7.

seröse Exsudation in der Epidermis sich vorfindet, die einen Rückschluss auf eine gleiche in der Cutis und dem Papillarkörper gestattet. Denn eine, den Gefässen der Cutis entstammende Exsudation wird nicht nur allein ihren Weg in die Epidermis nehmen, sondern auch das ihr zunächstliegende Bindegewebe mitergreifen.

Ich halte die Frage, ob die Knötchen nur in der Epidermis liegen oder ob, wie ich glaube, die Cutis mehr weniger an der Bildung der Knötchen betheiligt ist, für nicht so wichtig, als die durch alle Untersuchungen, mit Ausnahme von Auspitz, festgestellte Thatsache einer Exsudation von Flüssigkeit, die aus den Gefässen der obersten Cutislagen stammt und somit die Thatsache einer Alteration dieser Gefässe.

Nimmt man ferner darauf Rücksicht, dass viele Forscher (Morison, Tavernier, Leloir) gerade auf die durch Kratzeffecte nicht berührten Knötchen bei der Untersuchung allein ihr Augenmerk gerichtet und eine Exsudation von Flüssigkeit in den Knötchen gefunden haben, gleichviel ob in der Epidermis mit Verdickung derselben, oder in der Cutis, oder in beiden zugleich, so kann man gar nicht umhin, diese Exsudation als das Wesentlichste des Processes, die durch sie postulirte Alteration der Gefässe als das Ursächliche anzusehen, der sich alle anderen anatomischen Veränderungen, wie wir sehen werden, leicht unterordnen.

Bin ich auf Grund der anatomischen Befunde und einer einfachen Ueberlegung zu der Annahme einer Alteration der Gefässe der obersten Cutislagen als ursächliches Moment für die Bildung der Prurigoknötchen gekommen, so erhält diese Annahme durch die klinische Beobachtung der häufigen Entstehung der Prurigo aus der Urticaria das schönste Relief. Denn wenn man nicht gerade mit Unna die Urticariaquaddel als durch venöse Stauung entstanden annehmen will, sondern ihre Entstehung einer localen Hyperämie und einer auf Gefässalteration beruhenden und diese Hyperämie (zum Theil oder ganz) wieder verdeckender seröser Exsudation oder Excretion zuschreibt, wie es Neisser auf dem dermatologischen Congress in Prag klargelegt hat, so ist der theoretische Entwickelungsgang von einer Urticariaquaddel zu einem Prurigoknötchen ein sehr leichter. Nicht mehr die rasche, rein seröse Excretion, die zu grosser Quaddelbildung führt, haben wir

vor uns, sondern eine im chronischen Verlaufe schwächer werdende Exsudation, der sich mehr minder zahlreiche weisse Blutkörperchen beimischen, welche zu einer zelligen Infiltration der Cutis führen. So entsteht eine überreichliche Zufuhr von Nahrungsstoffen, welche eine Hypertrophie gerade des Gewebes veranlasst, zu dessen Ernährung der ganze Gefässapparat dient, nämlich der Epidermis und ihrer Adnexa. So erklärt sich die oben beschriebene Hypertrophie der ganzen Epidermis, das Auswachsen der Haarbälge in die Arrectores und vielleicht die Hypertrophie dieser Muskel selbst, wenn auch wohl hier das häufige Kratzen als Massage der Hautmusculatur das hauptsächliche ätiologische Moment abgibt. Diese Exsudation, die von Zeit zu Zeit exacerbirt und dann durch stärkeren Juckreiz in klinische Erscheinung tritt, führt zu weiteren pathologischen Processen, zur Cystenbildung in der Epidermis in dem Moment, in welchem die Epidermis dem Exsudationsstrome nicht mehr den normalen Widerstand entgegensetzen kann. Das Prurigoknötchen nun, an Stelle der stärksten Exsudation entstanden, bietet naturgemäss auch den stärksten Juckreiz, der die Krankheit charakterisirt. Leicht verständlich werden aber auch durch diese Auffassung des Prurigoprocesses die Fälle, in denen bei Prurigo Juckanfälle beobachtet worden sind, ohne Knötchen. Die Exsudation ist bei solchen nur nicht stark genug gewesen, die Epidermis durch ein cutanes Exsudat in Knötchenform emporzuheben oder in der Epidermis zur Cystenbildung zu führen.

Wenn ich im Obigen von einer für die Prurigoknötchen ursächlichen Gefässalteration gesprochen habe, so dachte ich mir diese auf einer ähnlichen nervösen Störung beruhend, wie die Urticaria. Es tritt aber noch ein für die ganze Symptomatologie der Prurigo wichtiges ursächliches Moment hinzu: der durch die Knötchen bedingte Juckreiz oder vielmehr dessen Folge, das Kratzen. Das Kratzen stellt einen Reiz für die Cutisgefässe dar, die wieder mit einer Alteration ihrer Wände, d. h. einer vermehrten Exsudation in das umliegende Gewebe antworten. Es besteht also ein Circulus vitiosus. Nervöse Störung, Gefässalteration, Exsudation, Juckreiz, Kratzen, Gefässalteration, Exsudation, jedes bedingt durch das vorhergehende.

Wird dieser Circulus durch die geeignete Therapie unter-

brochen, so bessern sich alle Krankheitssymptome rasch, ein Zeichen, wie wichtig das Kratzen für den ganzen Verlauf der Erkrankung und für die anatomischen Veränderungen der Haut selbst ist. Ich will hiermit jedoch durchaus nicht sagen, dass die Knötchen selbst (primär) durch das Kratzen entstehen, wie es H. von Hebra will, der diese seine Theorie durch Nichts fundirt hat. Ich will das Kratzen nur als ein wichtiges ursächliches Moment für die mannigfachen (secundären) Veränderungen der pruriginösen Haut hervorheben.

Warum bei der Urticaria eine grosse Quaddel, bei der Prurigo ein kleines Knötchen entsteht, werden wir wohl, wie viele Dinge, noch lange nicht ergründen können. Wir acceptiren die Thatsache und können aus der Grösse der Quaddel, respective des Knötchens, bei der ersteren auf eine kräftige, bei der letzteren auf eine schwächere Exsudation schliessen. Da dieser Schluss mit der Thatsache übereinstimmt, dass eine acute Exsudation überhaupt gewöhnlich energischer ist als eine chronische, so verbinden wir diese Momente mit einander und „erklären" die Grösse der Urticariaquaddel aus einer acuten kräftigen, die Kleinheit des Prurigoknötchens aus einer chronischen schwachen Exsudation.

Ich möchte zum Schlusse noch eines Befundes Erwähnung thun, der mir bis jetzt übersehen worden zu sein scheint: Ich war erstaunt, bei dem schon erwähnten, 13jährigen Knaben, der vor der Behandlung eine dem fühlenden Finger ganz derb erscheinende Haut hatte, schon nach 2 Tagen eine relativ weiche, geschmeidig sich anfühlende Haut vorzufinden. Vergleichende Untersuchungen der Haut vor und nach der Behandlung wiesen nur einen sehr bedeutenden Unterschied in der Dicke der Hornschicht und einen geringen in der Dicke des Stratum mucosum auf. Die Veränderungen der Cutis waren dieselben, aber sie sind, wie schon gesagt, nur in den obersten Schichten der Cutis zu finden, in dem die Epidermis ernährenden Gefässstratum. Es kommt hiernach bei reiner nicht durch Eczem complicirter Prurigo nicht zu einer wesentlichen Verdickung der Cutis. Diese Beobachtung steht im besten Einklang mit den übrigen Befunden und unterscheidet in ihren Folgezuständen die Prurigo streng vom Eczem, bei dem es zu einer bedeutenden Infiltration und Verdickung der ganzen Lederhaut kommen kann. Die Prurigo hat

ihre Ursache eben nur in einer vasomotorischen Alteration der die Epidermis ernährenden Gefässe, wie die Urticaria auch nur diese trifft.

Die Resultate der Arbeit fasse ich in folgenden Sätzen zusammen:

1. Gehärtete pruriginöse Haut ist ungeeignet, um über das anatomische Substrat der Prurigoknötchen Aufschluss zu geben.

2. Den Prurigoknötchen entsprechend, fand ich an gehärteten Objecten Verdickung der Epidermis, besonders des Stratum corneum, die in der Mehrzahl der Fälle mit einer Cystenbildung im Stratum corneum verbunden war.

3. Diese Veränderungen lassen mit grosser Sicherheit auf eine Betheiligung der Cutis durch Exsudat schliessen.

4. Die Prurigo beruht auf einer Alteration der Gefässe in den obersten Cutislagen und einer von dieser abhängigen Exsudation.

5. Ob und unter welchen Bedingungen das Exsudat nur in der Cutis oder in der Cutis und Epidermis oder vorzugsweise in letzterer allein liegt, ist durch weitere Untersuchungen an frischem, nicht gehärtetem Material festzustellen.

Herrn Professor Neisser, der mir in zuvorkommendster Weise sein Laboratorium zur Verfügung gestellt und ein reges Interesse an meiner Arbeit genommen, spreche ich meinen herzlichen Dank aus.

Erklärung der Figuren auf Tafel X.

Fig. 1. Durchschnitt durch ein Prurigoknötchen. Schwache Vergrösserung.
- *a* Verdicktes Stratum corneum.
- *b* Cysten in demselben.
- *c* Rete Malpighii.
- *d* Cutis.
- *e* Fleckweise Infiltration der Cutis.

Fig. 2. Durchschnitt durch pruriginöse Haut. Oelimmersion.
- *a* Verdickte Hornschicht.
- *b* Eleïdinfladen.
- *c* Eleïdintropfen.
- *d* Stratum granulosum.
- *e* Papille.

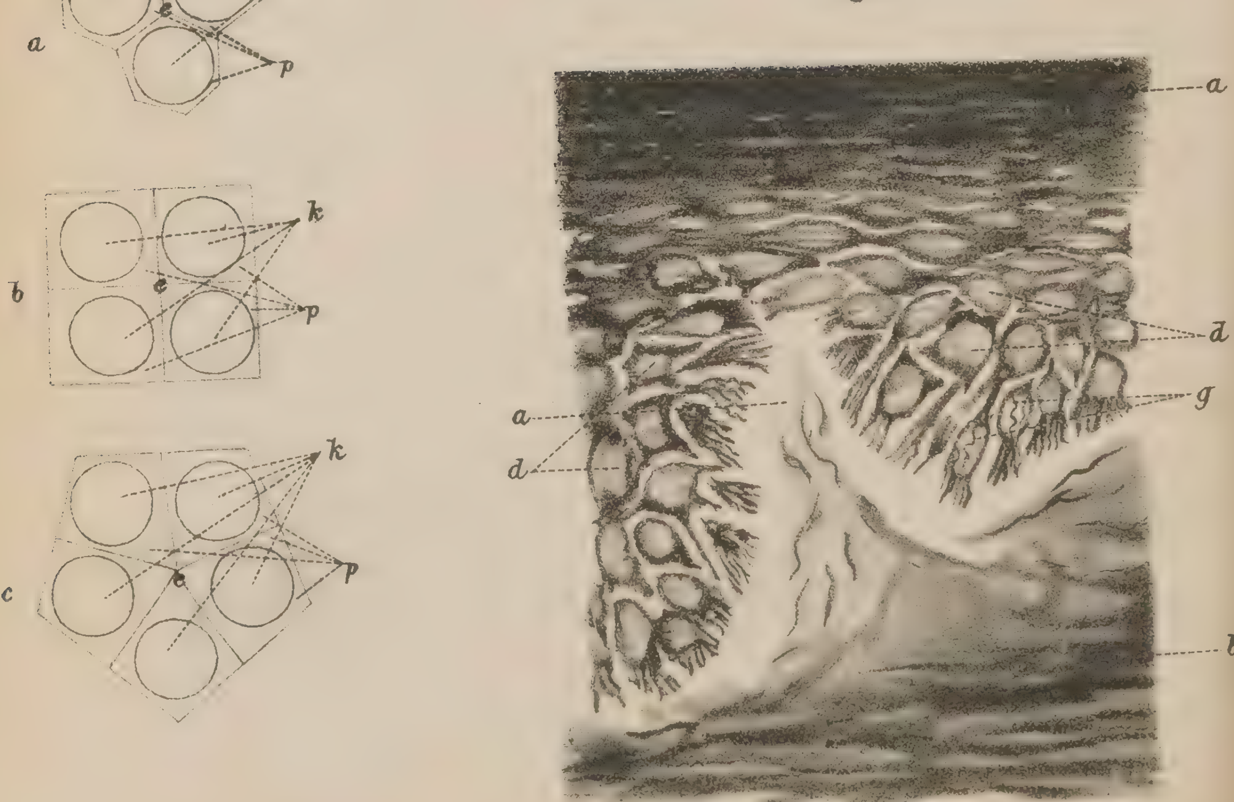


Fig. 1.

d g b f a h h h h h e c

Fig. 3.

a b



Kromayer: Herxheimer's Epithelfasern

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien, VII. Bez.

Ueber die Deutung der von Herxheimer im Epithel beschriebenen Fasern.

Von

Dr. Ernst Kromayer,
ehemaligem Assistenten am pathologischen Institute zu Bonn.

(Hiezu Tafel XI.)

Herxheimer beschrieb im 5. Heft dieses Archivs Jahrgang 1889, S. 645, gewundene, in der menschlichen Oberhaut verlaufende Fasern, über deren Bedeutung er nicht zu einer definitiven Entscheidung kam. Da der Aufsatz erst vor kürzerer Zeit erschienen ist, glaube ich, denselben dem Leser dieses Archivs als bekannt voraussetzen zu dürfen, und werde mich auf ihn berufen, ohne die von Herxheimer gefundenen einzelnen Thatsachen zu wiederholen.

Die objectiven Befunde des Autors kann ich im Ganzen voll bestätigen. An in absolutem Alkohol gehärteter Haut der verschiedensten Provenienz, Rücken, Brust, Bauch, Armen, Beinen konnte ich stets die Fasern mit der Weigert'schen Fibrinmethode darstellen. Ich halte sie mit Herxheimer für einen normalen Bestandtheil der menschlichen Epidermis. In spitzen Condylomen und Warzen finden sie sich in sehr reichlicher Menge.

Was ihre Deutung anlangt, so wurde mir bei meinen Untersuchungen sehr bald klar, dass über diese an dem fertigen und nach Weigert gefärbten und in Canadabalsam eingebetteten Präparat, in dem jede feinere Structur der Epithelzellen unsichtbar ist und nur das dem Auge auffällt, was gefärbt erscheint, dass an diesen Präparaten über die Deutung der Fasern oder zunächst

blos über die Lage derselben ein sicherer Aufschluss nicht zu erreichen sei, da eben nur die Fasern und etwa die Kernkörperchen oder bei Doppelfärbung noch die Kerne der Epithelien gefärbt sind, alles Andere gleichmässig hell erscheint, und von Zellgrenzen nichts mehr wahrzunehmen ist.

Mein Bestreben ging nun dahin, neben den Fasern auch noch die Zellgrenzen, das Zellprotoplasma darzustellen und habe ich dieses auf verschiedene Weise erreicht:

1. Trocknet man einen nach Weigert[1]) behandelten Schnitt vor dem Einlegen in Anilinxylol längere Zeit an der Luft, so dass er wassertrocken erscheint, so zieht nunmehr Anilinxylol oder auch reines Anilinöl keinen Farbstoff aus dem Schnitte aus. Diese Thatsachen hoffte ich zur Darstellung von Geweben benützen zu können, in der Voraussetzung, dass die verschiedenen Gewebe verschieden rasch der Luft ihren Wassergehalt abgeben würden, so dass in einem gewissen Momente des Trocknens die einen schon wassertrocken, die anderen noch wasserhaltig wären. Erstere würden ihren Farbstoff im Anilin behalten, letztere abgeben. Meine Vermuthung bestätigte sich. Ich konnte durch diese physikalische Fixirung des Farbstoffes das elastische Gewebe der Haut aufs Schönste darstellen, das — aus dünnen schmalen Fasern bestehend — offenbar schneller trocknet, als die dicken Bindegewebsbündel, die von ihnen netzartig umschlungen werden. Das elastische Gewebe behält dann im Anilin die dunkle schwarzblaue Farbe, während das Bindegewebe, zum Theil entfärbt, eine hellblaue Farbe darbietet. Dieser Methode haftet jedoch der grosse Nachtheil an, dass der oben angegebene „gewisse" Moment des Trocknens ungemein schwer zu treffen ist, so dass das Gelingen der Färbung mehr vom Zufall als von der Geschicklichkeit des Färbenden abhängig zu sein scheint.

Ein nach obiger Art behandelter, noch nicht ganz wassertrockener Schnitt, gibt dem Anilin überhaupt weit langsamer und weniger Farbstoff ab, als ein feuchter, so dass nicht nur die Gebilde schwarz gefärbt bleiben, die vollkommen trocken sind, sondern auch jene den Farbstoff zum Theil zurückhalten, welche noch etwas wasserhaltig sind. Letztere erscheinen tiefblau. So

[1]) Methode zur Färbung von Fibrin und Mikroorganismen. — Fortschritte d. Med. 1887, Nr. 8.

erhielt ich eine tiefblaue Färbung des Protoplasmas der basalen Cylinderzellen, während die weiteren Epithelschichten der Epidermis schwarz blieben. Ich erkläre mir dieses Verhalten der basalen Cylinderzellen aus ihrer Nähe des Bindegewebes, das mir seinen Wassergehalt am langsamsten zu verlieren scheint, und so die angrenzenden Gebilde noch feucht erhält, zu einer Zeit, wo die gleichen, entfernter vom Bindegewebe liegenden schon trocken sind. Vielleicht spielen jedoch hier auch chemische Momente mit. Ein derartiges Präparat habe ich in Fig. 1 wiedergegeben.

2. Wie Herxheimer S. 657 angibt, traten auch durch die Weigert'sche Fibrinmethode die Zellcontouren manchmal fast electiv hervor. Ich habe das nur für die oberen Zelllagen constatiren können, nicht für die basalen Cylinderzellen. Ich hoffte jedoch durch Unterbrechen des Entfärbungsprocesses im Anilinxylol auch zu einer electiven Färbung dieser Zelllage zu gelangen. Leider misslang dies oder gelang unvollkommen. Ich zog mit einer Mischung von Anilin 1, Xylol 1—2 Theilen aus. Ich verdünnte nun das Anilin durch weiteren Zusatz von 1—2 Theilen Xylol. Der Entfärbungsprocess geht dann weit langsamer vor sich und überschreitet selbst bei stundenlangem Ausziehen nicht eine gewisse Grenze. Ich erhielt durch dieses Verfahren eine distincte Färbung des Protoplasmas, wie ich sie in Fig. 2 wiedergegeben habe.

Bevor ich die Resultate bespreche, die ich durch diese eben beschriebenen geringfügigen Abweichungen von der Weigert'schen Vorschrift erhalten habe, will ich einiger Momente in der Herxheimer'schen Arbeit Erwähnung thun.

Ich stimme mit Herxheimer überein, dass die nach Weigert gefärbten Spiralfasern keine Pilzfäden sein können, ebenso wahrscheinlich keine elastischen Fasern, Nervenfasern, und keine Kunstproducte. Das von ihm für wahrscheinlich erachtete Saftcanalsystem halte ich jedoch auch für ausgeschlossen, da die Spiralfäden solide sind, wie man sich auf dem Querschnitt überzeugen kann, der eine runde, rundlichovale oder unregelmässig eckige Form hat. Man müsste denn gerade annehmen wollen, dass der Farbstoff das (hohle) Canalsystem ausfüllt und hier dem Anilin Widerstand zu leisten die Fähigkeit erhält, während es doch aus allen Interspinalräumen verschwindet. Eine derartige

Annahme widerspricht allem unseren Denken und Wissen. Gegen die Annahme der Fasern als Ausgüsse eines Canalsystems, die Herxheimer S. 655 bespricht, ist an und für sich nichts einzuwenden. Nur wäre das ein Novum ohne Analogie, das auch dadurch an Wahrscheinlichkeit verliert, dass diese Ausgüsse des Canalsystems sich nur im Epithel vorfinden, genau da abschneiden, wo dieses aufhört und nie nur eine minimale Strecke ins Bindegewebe gehen.

An die Möglichkeit, dass es Fasern sein könnten, die in den Epithelzellen liegen, hat Herxheimer offenbar nicht gedacht, wenn er auch S. 651 von der Unmöglichkeit spricht, dass die Spiralfasern Zellcontouren wären.

Für diese Möglichkeit spricht die analoge Thatsache der fibrillären Structur der Oberhautzellen, die von Ranvier, Cajal, Bizozero und neuerdings von Blaschko[1]) beschrieben worden ist. Ferner folgende drei Wahrscheinlichkeitsgründe, die ich aus einigen von Herxheimer selbst angefertigten Präparaten, in denen die Spiralfasern aufs Schönste gefärbt waren, entnahm. Die Präparate sind im Besitze von Dr. Jadassohn in Breslau, dem ich für die Erlaubniss der Benützung hiermit bestens danke.

1. Es war in den von einem spitzen Condylom herrührenden Präparaten ausser den Spiralfasern noch ein System von Fibrillen gefärbt, die von Kern zu Kern der Stachelzellen durch die Proc. spin. zieht, also Epithelfasern darstellen, wie sie von Ranvier und Blaschko schon beschrieben sind.

Dieser Befund, den ich an meinen Präparaten bestätigen kann, legt den Gedanken an eine Verwandtschaft der beiden Faserarten nahe. Wirklich lassen sich Uebergänge der beiden Fasersysteme in dem Falle beobachten, in welchem eine Stachelzelle nicht mit der ihr zunächst liegenden, sondern mit einer entfernteren durch lange Stacheln verbunden ist, durch welche dann lange, gefärbte und etwas geschlängelt erscheinende Fasern ziehen. Die Verbindung zweier nicht unmittelbar an einander stehenden Zellen durch lange Stacheln ist eine bekannte Thatsache, so dass ich dieselbe nicht weiter zu berühren brauche.

2. Man findet in nicht seltenen Fällen, dass die Fasern auf

[1]) Blaschko, Ueber den Verhornungsprocess. — Verhandlungen d. Deutschen Derm. Ges. in Prag 1889, S. 232.

dem Querschnitt getroffen, so dicht rings um einen Kern gruppirt sind, dass die Annahme, die Fasern liegen im Protoplasma des Epithels, sich sofort aufdrängt.

3. Habe ich, wenn auch nicht allzuhäufig, die Fasern einen Kern in ähnlicher Weise umkreisen gesehen, wie ich es in Fig. 1, *g* und 2, *g* gezeichnet habe. Ich komme hiermit zur Deutung meiner Präparate.

Das in Fig. 1 gezeichnete Präparat ist der Fusssohle entnommen und in absolutem Alkohol gehärtet. Vorfärbung mit Alauncarmin.[1])

a ist die Papille mit Blutgefäss *b*. *c* ist Bindegewebe der Cutis. Der grösste Theil des Retezapfens *d* ist blauschwarz und hat sehr wenig oder gar keinen Farbstoff abgegeben. Bei *e* sehen wir eine Reihe von basalen Epithelzellen, deren Kern violett, deren Protoplasma blau gefärbt ist; und zwar sind die Fortsätze, welche diese Zellen, wie bekannt, in das Bindegewebe gleichsam als Halte-Klammern schicken, fast in toto gefärbt. Weiter nach oben, bei *f*, liegen die cylindrischen Zellen nur in einer einzigen Reihe neben einander. Die durch helle Zwischenräume, wohl in Folge der Härtung, von einander getrennten Zellen, lassen ihre Umrisse aufs Deutlichste erkennen. Hier hat das Anilinöl den Epithelzellen schon mehr Farbstoff entzogen. Ausser einem schmalen dem Kern fast unmittelbar anliegenden Protoplasmasaum ziehen zahlreiche geschlängelte Fasern von unten zum Kern, ohne in diesen selbst einzudringen. Einzelne besonders starke Fasern umgreifen den Kern von allen Seiten. Sie erscheinen am Rande des Kernes als feiner, schon erwähnter Protoplasmasaum und sind nur bei den Zellen *g* auch über die Mitte des Kernes hinwegstreichend gezeichnet. Die vielen Striche und Punkte *h* stellen die Protoplasmafortsätze des basalen Cylinderepithels und die eben beschriebenen Fasern verschiedentlich auf dem Querschnitt getroffen dar; die dazu gehörenden Kerne haben oberhalb oder unterhalb des Schnittes gelegen.

Fig. 2, ebenfalls von der Fusssohle stammend, stellt ganz ähnliche Verhältnisse dar, nur ist hier nicht nur das Protoplasma der Basalzellen, sondern auch das der Stachelzellen deutlich blau

---

[1]) Die verschiedenen Farben sind durch den helleren und dunkleren Ton des Druckes wiedergegeben.

gefärbt und tritt als solches in Erscheinung. *a* stellt eine Papille vor, *b* Bindegewebe der Cutis, *c* Hornschicht, *d* zwei Retezapfen.

Es fällt an diesem Präparate zunächst die eigenthümliche Gestaltung der Stachelzellen auf, die hier nicht unregelmässig runde Zellen darstellen, sondern ganz verschieden gestaltig, lange, breite Protoplasmafortsätze zwischen benachbarte Zellen senden. Diese Verhältnisse stellen die Regel dar, wie ich mich an zahlreichen Präparaten überzeugt habe. Wir haben hier noch unsere Anschauungen über die Formen der Stachelzelle zu modificiren.

Ein weiteres beachtenswerthes Moment in beiden Figuren ist die Unregelmässigkeit, mit der das Protoplasma gefärbt ist. Bei den einen Zellen umgibt das blau gefärbte Protoplasma den Zellkern als dicker Mantel, bei anderen ist nur ein schmaler Saum sichtbar, bei den dritten endlich umkreisen den Kern nur geschlängelte Fasern. Wenn wir berücksichtigen, dass die einzelnen Zellen sehr verschieden gross sind, so liegt die Unregelmässigkeit nicht so sehr in der Dicke des gefärbten Mantels, der den Kern umgibt, sondern darin, dass das eine Mal das gefärbte Protoplasma eine zusammenhängende Masse, das andere Mal geschlängelte Fasern darstellt. Wir dürfen wohl aus dieser Thatsache den Schluss ziehen, dass die geschlängelten Fasern auch in jenen Zellen verlaufen, deren Protoplasma im Zusammenhang gefärbt ist und dass sie in den Zellen, in denen sie gefärbt erscheinen, von einer Protoplasmamasse umgeben sind, die ihren Farbstoff dem Anilin abgegeben hat, also jetzt unsichtbar geworden ist.

Es resultirt also hieraus die Thatsache, dass in dem Protoplasma der basalen Cylinderzellen geschlängelte parallel laufende Fasern verlaufen, dass also diese Zellen selbst eine deutliche fibrilläre Structur aufweisen. Ich will hier nicht verfehlen, ausdrücklich zu bemerken, dass die dem basalen Cylinder nächstliegende Schicht, falls sie noch cylindrische Zellen hat, dieselbe parallel-fibrilläre Structur, wenn auch nicht so deutlich, besitzt.

Diese Epithelfasern halte ich identisch mit den von Herxheimer beschriebenen Fasern, die ich „geschlängelte Basalfasern“ nennen will, da sie, wenn sie auch gelegentlich bis zum Strat. gran. vorkommen, doch vorwiegend in der basalen Cylinderzellenschicht gefunden werden.

Beweisend für meine Annahme sind die zahlreichen Uebergänge von wohlcharakterisirten, oben beschriebenen Epithelfasern zu solchen, in denen nur Basalfasern gefärbt sind, bei welchen man nicht mehr beurtheilen kann, ob sie im Protoplasma liegen oder nicht, weil eben bei ihnen von einem Protoplasma, in Folge der Aufhellung nichts mehr zu sehen ist, wie ich schon Eingangs bemerkt habe. Diese Uebergänge sind sehr zahlreich in jedem gelungenen Präparat, das nach einer der oben von mir angegebenen Methoden hergestellt ist. An einzelnen Stellen hat das Anilin bis auf die Basalfasern Alles entfärbt, an anderen ist ein Theil des Protoplasmas gefärbt und man sieht, wie die Basalfasern sich in diesem verlieren, an anderen ist das ganze Protoplasma gefärbt, so dass man mehr oder weniger nichts von Faserung erkennen kann.

Für besondere Skeptiker möchte ich für meine Auffassung noch folgende Beweise bringen:

1. Aus Präparaten, wie sie Fig. 1 und 2 darstellen, kann man typische, geschlängelte Basalfasern durch folgende Methode darstellen. Die in Anilin untersuchten Präparate werden mittelst Fliesspapier sorgfältigst abgetrocknet und wenige Secunden Wasserdämpfen ausgesetzt. Von Neuem in Anilin oder Anilinxylol gebracht, geben sie wieder Farbstoff ab und man erhält an Stellen, wo das Protoplasma electiv gefärbt war, nunmehr geschlängelte Basalfasern, die als Protoplasmafasern nicht mehr zu erkennen sind. Da in den Präparaten nur das Protoplasma gefärbt war, wie man an sehr dünnen Schnitten deutlich constatiren kann, so können die gewundenen Basalfasern auch nur in diesem enthalten gewesen sein.

2. Ein in Anilinöl untersuchtes Präparat, das typische geschlängelte Basalfasern aufweist, wie sie Herxheimer beschrieben hat, befreit man sorgfältigst mit Fliesspapier vom Anilin und lässt es unter stetem Hin- und Herbewegen 10 Minuten in destillirtem Wasser. Das noch anhaftende Anilin wird vollends ausgezogen. Montiren in Glycerin. Hier heben sich die einzelnen Zellcontouren scharf ab. Die ganze Zelle erscheint geschrumpft. Dies fällt besonders beim Vergleich eines gleichen Schnittes auf, der nach der Alkoholhärtung direct in Glycerin untersucht wurde. In dem jetzt bestimmt markirten Zellprotoplasma verlaufen die

geschlängelten Basalfasern. Sie sind durch das Auswaschen in Wasser zum Theil entfärbt, so dass sie nicht mehr die schönen Formen aufweisen, aber an einzelnen Stellen haben sie die Farbe und Gestaltung so gut behalten, dass sie als solche deutlich erkennbar sind.

3. An ungefärbten Präparaten, die in Chromsäure und in verdünntem Alkohol, nach Vorschrift von Blaschko, gehärtet waren, erkennt man an genügend dünnen Schnitten, die am besten mit dem Rasirmesser aus freier Hand gefertigt werden, dieselben geschlängelten Fasern in den basalen Cylinderzellen, welche sich durch die Weigert'sche Methode färben lassen. Nur erscheinen sie hier gestreckter, weniger gewunden. Diesen Unterschied schreibe ich der schrumpfenden Wirkung des Xylols zu.

Wenn ich im Vorhergehenden den stricten Beweis geliefert habe, dass die mit der Weigert'schen Fibrinmethode darstellbaren gewundenen Basalfasern im Protoplasma der Zellen liegen, also Protoplasmafasern sind, so erübrigt jetzt noch, weniger Eigenthümlichkeiten derselben zu gedenken:

Zunächst fällt das büschelförmige Auftreten derselben ins Auge, welches Herxheimer als „manchmal geradezu verwirrend" bezeichnet hat. Ich kann ihm nur beipflichten. Diese Büschel dichtgedrängter Fasern haben ein so eigenthümliches Ansehen, dass man sich dem Eindrucke des Fremdartigen nicht entziehen kann. Und doch ist dieses büschelförmige Auftreten nicht nur erklärlich, sondern sehr natürlich. Ich habe in Fig. 4 den schematischen Querschnitt durch Cylinderzellen gezeichnet, die zu dreien, vieren und fünfen in einer Ecke zusammenstossen. Der grössere Raum *c* zwischen den Kernen wird nicht durch grössere Interspinalräume, sondern durch Protoplasma-Masse der Zellen ausgefüllt, wie man sich unschwer an geeigneten Präparaten überzeugen kann. An diesen Stellen ist also eine grössere Protoplasma-Masse angehäuft, in welcher eine entsprechend grössere Anzahl von Protoplasmafasern verläuft.

Hierhin sind die Büschel von Fasern zu verlegen, die scheinbar zusammengehörig, doch in verschiedenen Zellprotoplasmas liegen. Ich bemerke noch, um Missverständnissen vorzubeugen, dass in den (schematischen) Querschnitten die Fasern ebenfalls auf dem Querschnitt getroffen, also als Punkte gedacht werden müssen.

Eine weitere merkwürdige Erscheinung ist das Confluiren, Sichtheilen und wieder Confluiren der Fasern, das Herxheimer in Fig. 2 abgebildet hat. Die Fasern umspinnen einen Kern, vereinigen sich wieder, um den nächsten zu umspinnen, so dass ein scheinbar unentwirrbares Fasernetz zu Stande kommt. Ich habe mich an dünnen Schnitten von einem derartigen Fasernetz nicht überzeugen können. Je dicker der Schnitt ist, desto zahlreicher werden die Fasernetze. Ich erkläre mir das Zustandekommen derselben auf folgende Weise:

Fig. 3 a stellt (schematisch) 3 Epithelzellen dar, die neben einander liegen. Die blau gezeichneten Fasern umgreifen von allen Seiten den Kern; sie gehen nicht von einer Zelle zur anderen. Stellt man sich diese Zellen räumlich, nicht flächenhaft, wie es die Zeichnung wiedergibt, vor, so wird man leicht begreifen, dass diese Zellen, von einer anderen Seite gesehen, den Anblick in Fig. 3 b gewähren können. Bezeichnet man die erste Figur als Seitenansicht, dann ist die zweite die Frontalansicht. Die Fasern bilden jetzt Netze und scheinen zusammenzuhängen, zu confluiren und sich wieder zu theilen. Diese Erscheinung rührt daher, dass wir im Mikroskop nur in der Ebene nicht räumlich sehen und uns nur durch die Mikrometerschraube einigermassen über die räumlichen Verhältnisse orientiren können.

In unserem Falle liegen aber so minutiöse, räumlich kleine Verhältnisse vor, dass wir das Aufhören einer Faser und den Beginn einer anderen nur schwer oder gar nicht constatiren können, wenn sie sich theilweise räumlich decken, dass wir also nicht genau unterscheiden können, ob wir es mit einer oder mit zwei Fasern zu thun haben. Unmöglich erscheint es mir jedoch in den Fällen, in denen eine grosse Anzahl von Fasern zusammenliegt, deren zahlreiche Schlängelungen und Windungen vollends den Blick verwirren.

Ich glaube also, dass die netzartige Anordnung der Fasern auf einer optischen Täuschung beruht.

Hiermit will ich jedoch nicht sagen, dass die Fasern nie von einer Zelle in eine andere übergehen. Ich glaube im Gegentheil, dass ein Theil der Fasern dieses thut, dass hingegen ein anderer in der Zelle, in welcher er seinen Ursprung hat, auch

sein Ende nimmt. Diese Verhältnisse sind aus leicht erklärlichen Gründen schwer mit voller Präcision zu entscheiden. Sie interessiren auch schliesslich mehr den reinen Anatomen als den Dermatologen, der die Anatomie als Hilfswissenschaft betrachtet und sie nur insoweit braucht, als sie zum Verständniss der Physiologie und Pathologie der Haut nöthig ist.

Dies führt uns in unserem Falle zu der Frage: Welche Bedeutung kommt den epithelialen Basalfasern in der Physiologie und Pathologie der Haut zu?

Diese Frage könnte ich jetzt nur vermuthungsweise beantworten, da sich meine Untersuchungen noch auf ein zu kleines normales und pathologisches Material erstreckt haben. Ich behalte mir jedoch vor, in späteren Publicationen hierauf zurückzukommen.

Der Zweck der vorliegenden Arbeit war, die Thatsache zu fixiren, dass die mit der Weigert'schen Fibrinmethode darstellbaren „Basalfasern" im Protoplasma der Epithelzellen verlaufen, also Protoplasmafasern sind, damit, auf dieser Thatsache fussend, weitere Arbeiten über die Bedeutung derselben ermöglicht würden.

Die Wichtigkeit dieser Thatsache liegt darin, dass ein integrirender Theil des Zellprotoplasma farbbildlich durch eine bequeme, bekannte Methode dargestellt werden kann. Ich spreche die Hoffnung aus, dass dadurch Erkrankungen des Protoplasma früher und sicherer erkannt werden, als es vordem möglich war.

Erklärung der Figuren auf Tafel XI.

Fig. 1. Querschnitt durch die normale Fusssohle. Oelimmersion.

a Papille.
b Blutgefäss.
c Bindegewebe der Cutis.
d Retezapfen.
e, *f*, *g* Basale Epithelzellen.
h Querschnitte der Protoplasmafortsätze und der Epithelfasern.

(Siehe auch Erklärung Seite 88 und 91.)

Fig. 2. Querschnitt durch die normale Fusssohle. Oelimmersion.

a Papille.
b Cutis.
c Hornschicht.
d Stachelzellen.
g Basale Epithelzellen, über welche geschlängelte Epithelfasern verlaufen.

(Siehe auch Erklärung Seite 89 und 92.)

Fig. 3 (schematisch).

a 3 neben einander liegende Epithelzellen von der Seitenansicht, in deren Protoplasma zahlreiche gewundene Epithelfasern verlaufen.
b Dieselben Zellen von der Frontalansicht.

(Siehe auch Erklärung Seite 95.)

Fig. 4 (schematisch).

a, *b*, *c* Epitheliale Cylinderzellen auf den Querschnitt getroffen.
k Kerne desselben.
p Protoplasma desselben.



Venerische Erkrankungen im k. k. Heere nach Territorialbezirken in ‰ des Verpflegestandes. Mittel der Jahre 1870–1885.

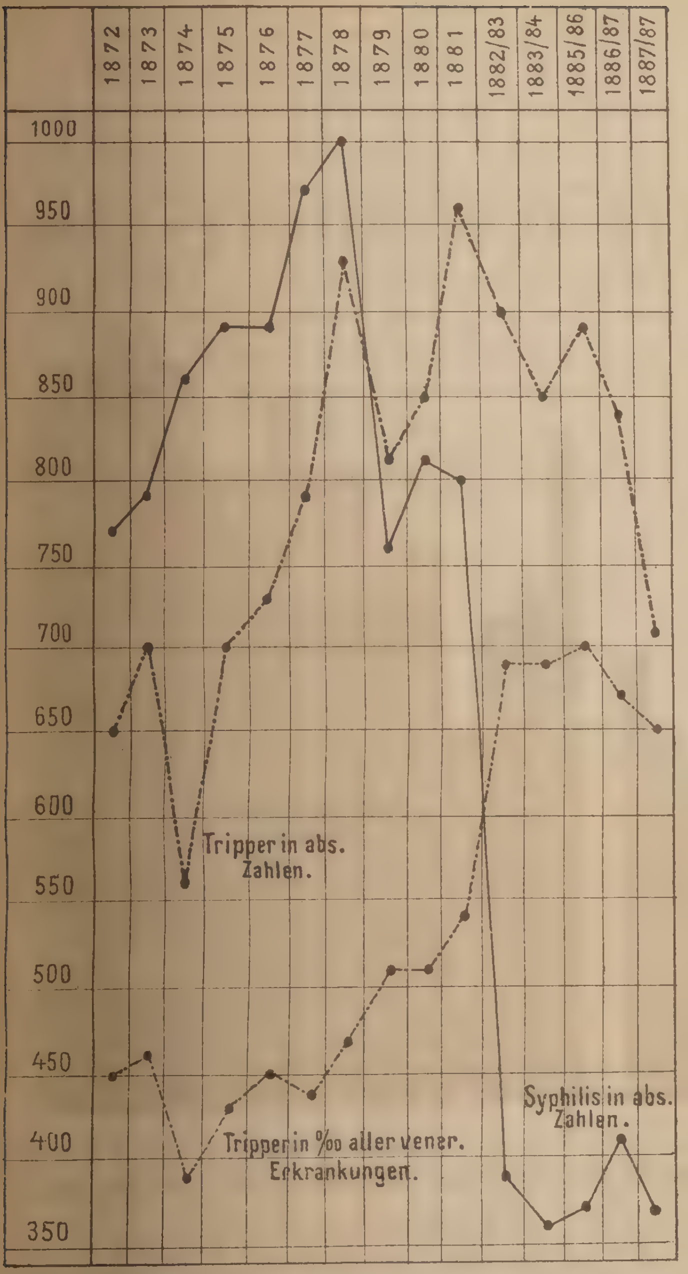


Deutsche Armee: Venerische Erkrankungen in ‰ der Jststärke.

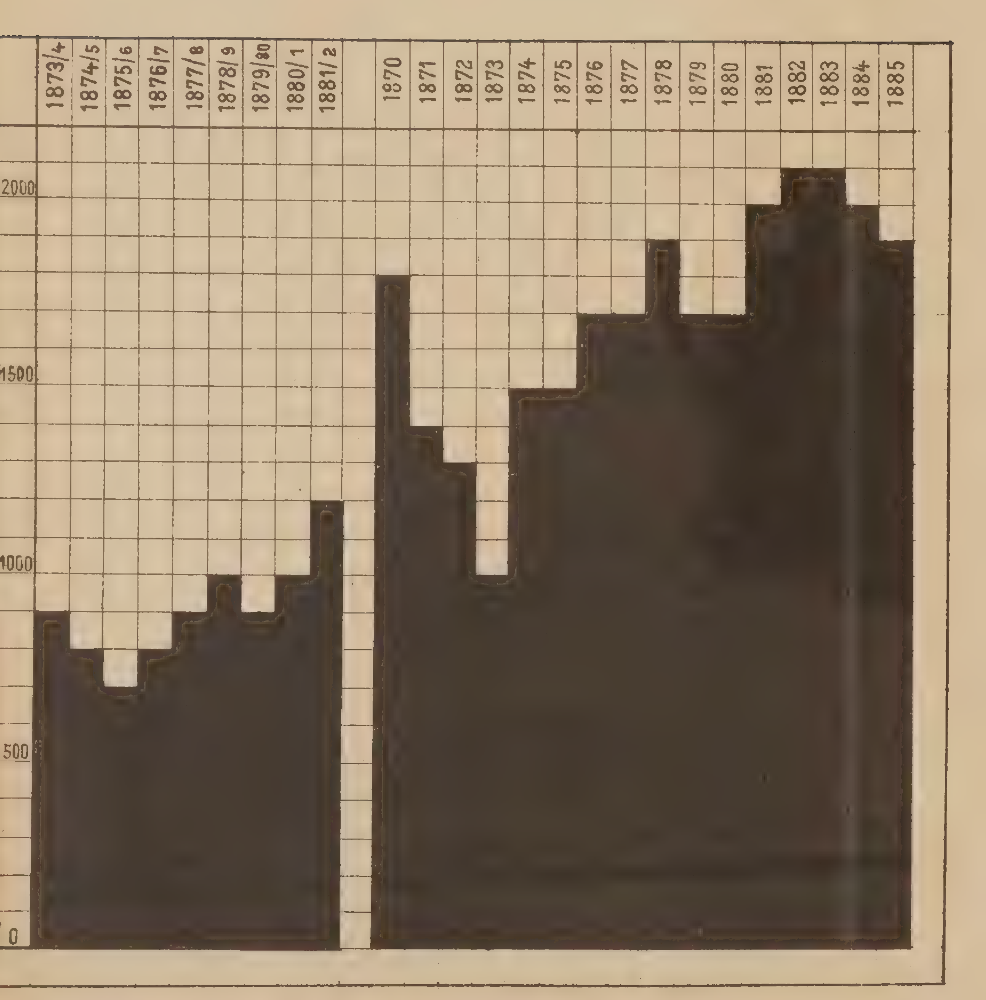


Deutsche Armee: Syphilis in ‰ der Jststärke.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.



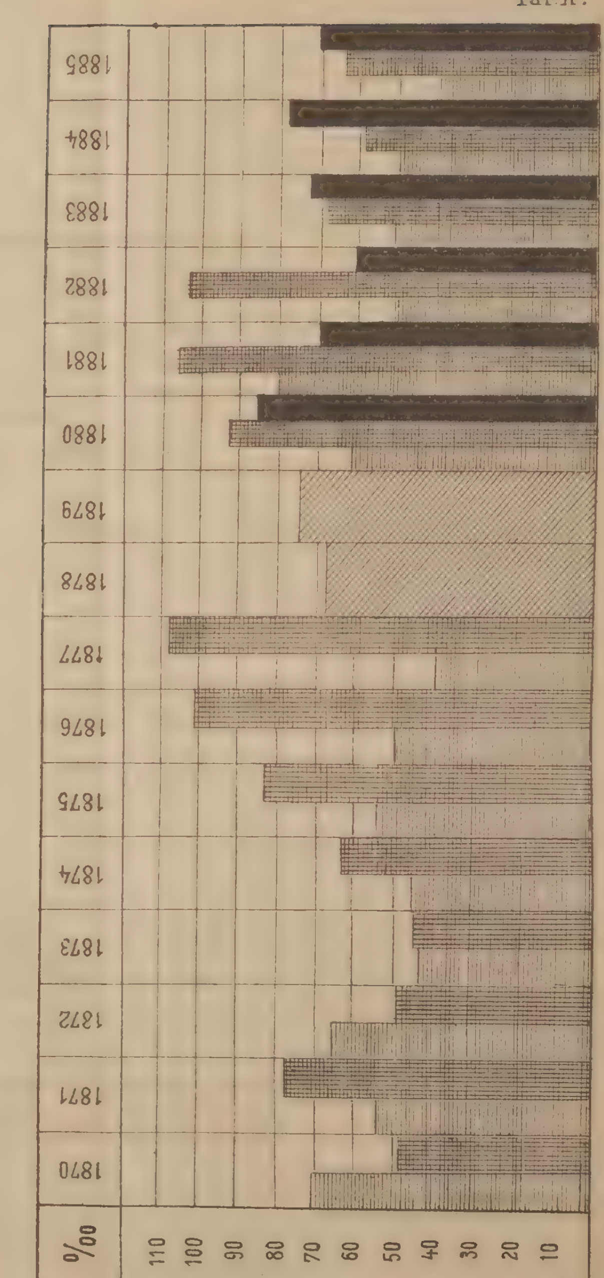
Königl. sächsisches (XII.) Armeecorps: Syphilis u. Tripper in absoluten Zahlen. Tripper im Verhältniss zu allen venerischen Erkrankungen.

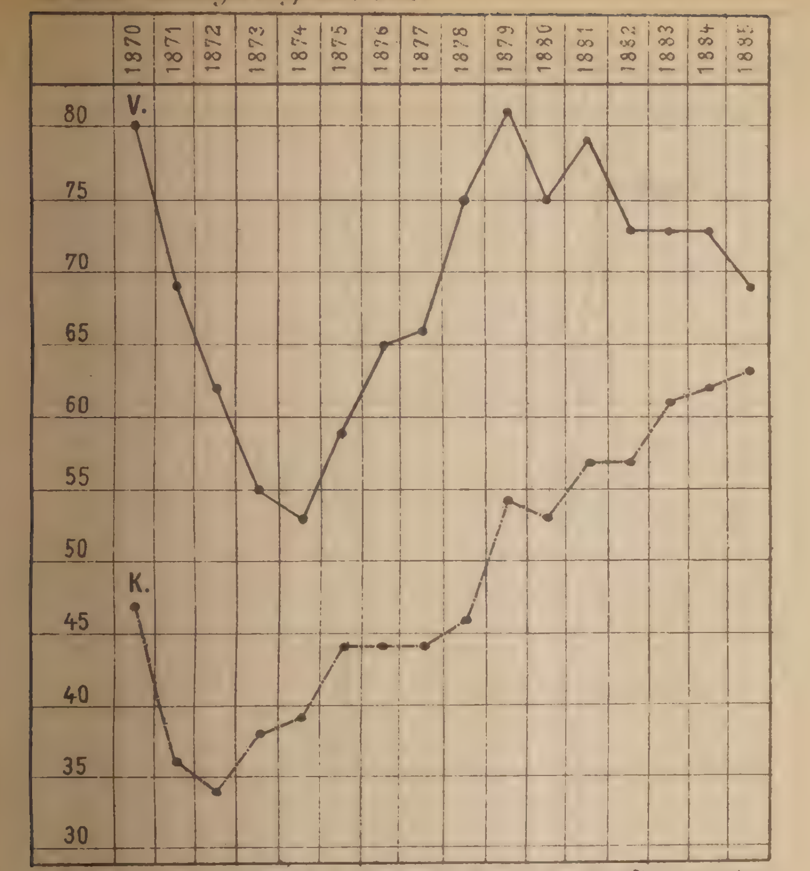


Abgang an Arbeitskraft infolge venerischer Erkrankungen im deutschen und im k. k. Heere.

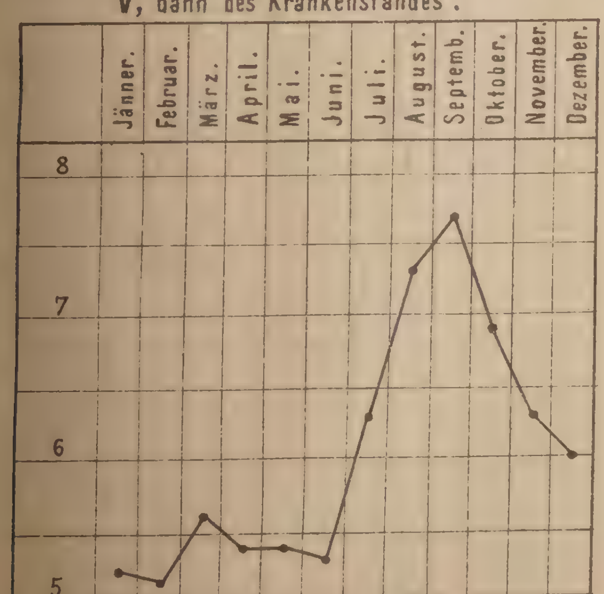


Skizze von Frankreich mit der Corps-Eintheilung.

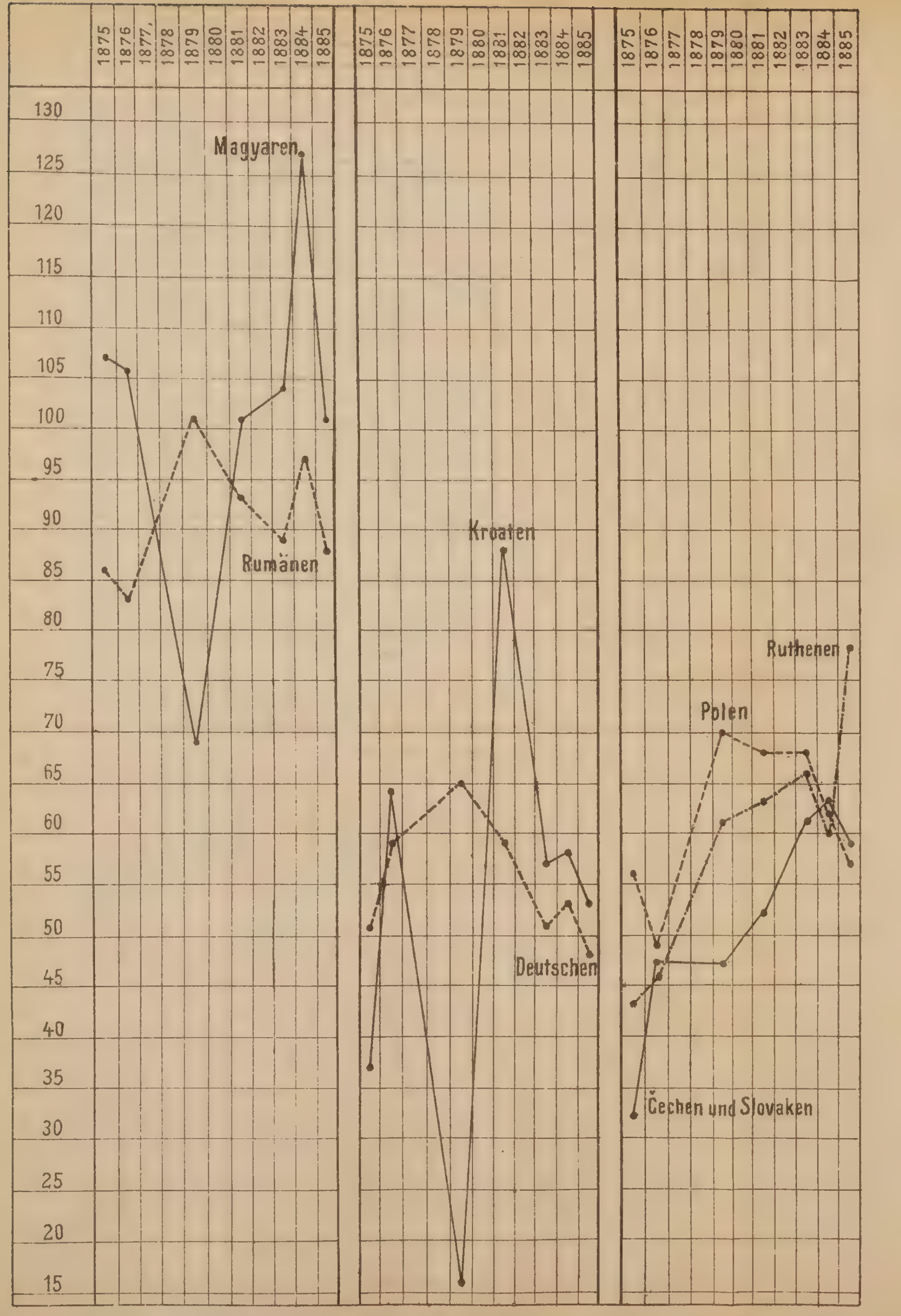




K. k. Heer: Venerische Erkrankungen in ‰ des Verpflegestandes V, dann des Krankenstandes.



K. k. Heer: Auftreten der venerischen Erkrankungen im Verlaufe des Jahres (vergl. Zahlen Tab. 3.)



K. k. Heer: Die venerischen Erkrankungen in ‰ des Verpflegsstandes bei den einzelnen Nationalitäten.

1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885

125 120 115 110 105 100 95 90 85 80 75 70 65 60 55 50 45 40

Genie Tr.

Train Tr.

Pionnier R.

Infanterie

Cavallerie

Jäger Tr.

Sanitäts Truppe

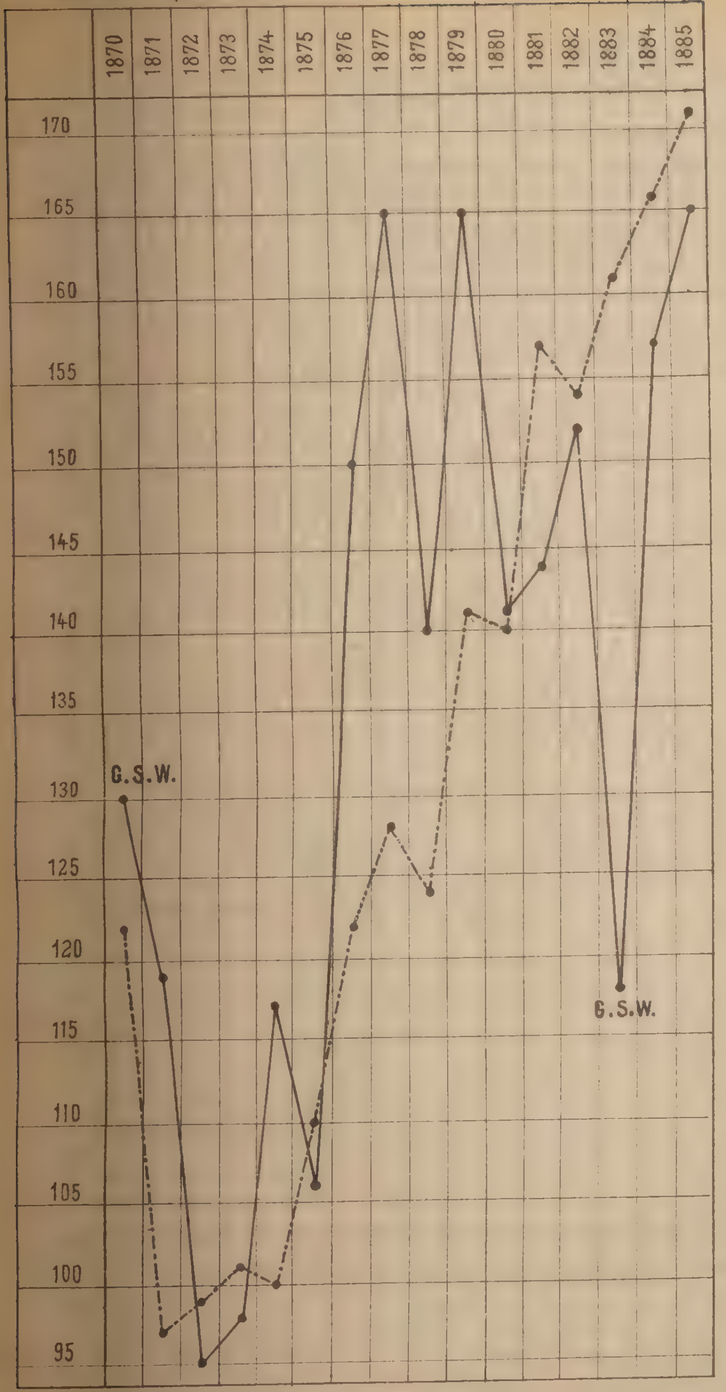
Feld A.

Festungs A.

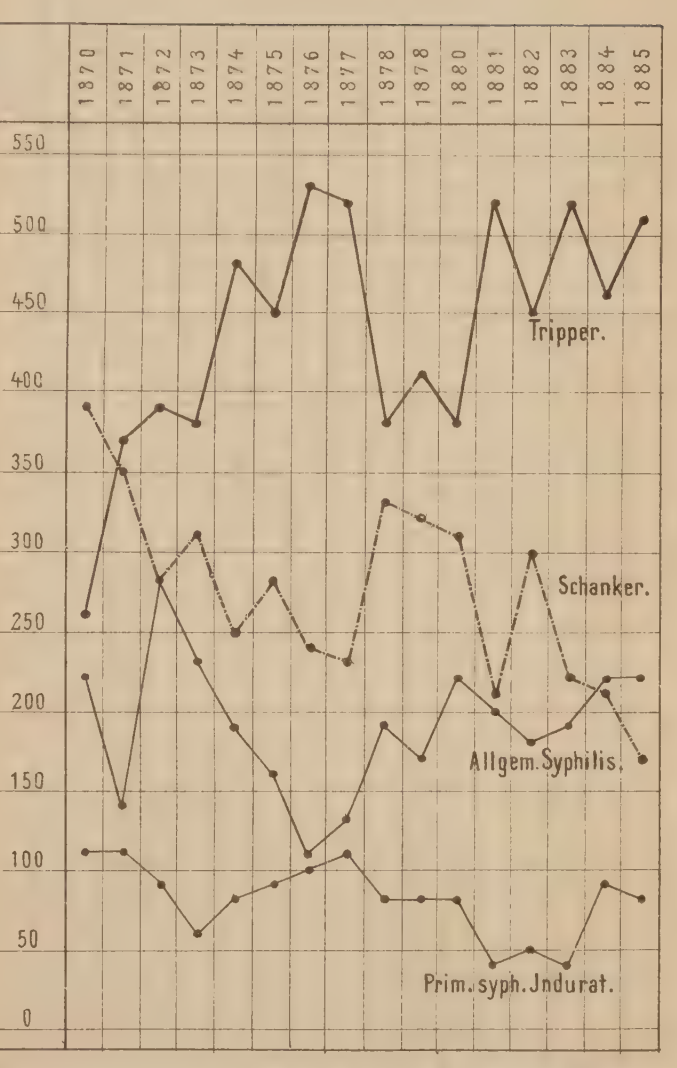
Artillerie

K. k. Heer: Die venerischen Erkrankungen bei einzelnen Waffengattungen in ‰ des Verpflegestandes.

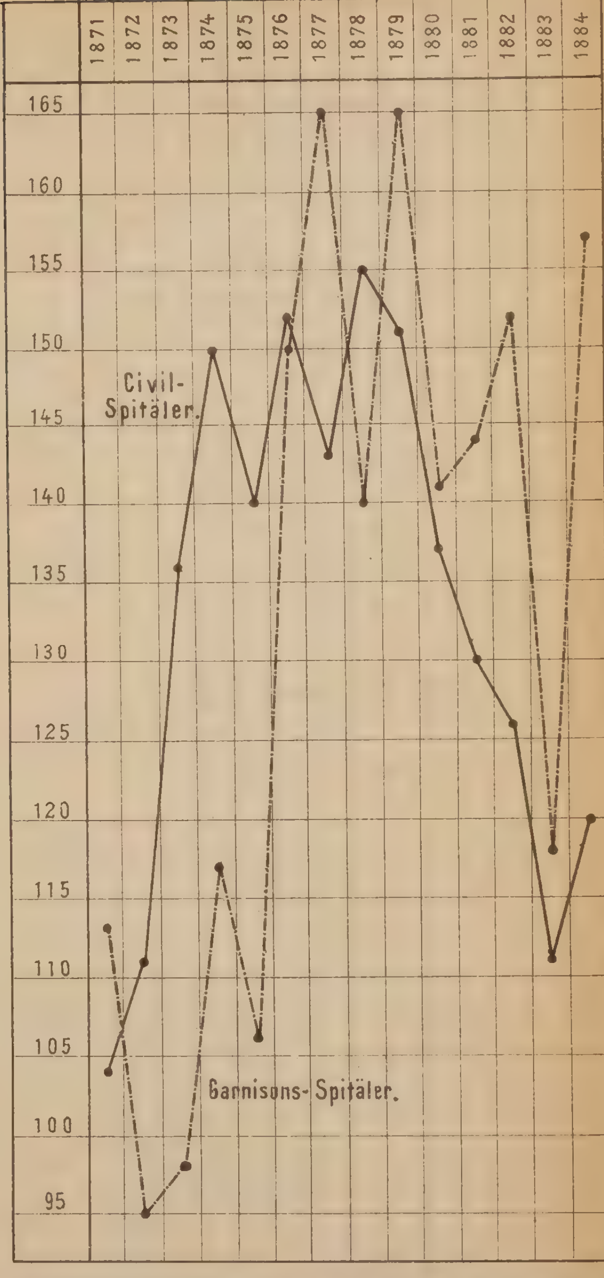
Lith. Anst. v. Th. Bannwarth Wien, VII. Bez.



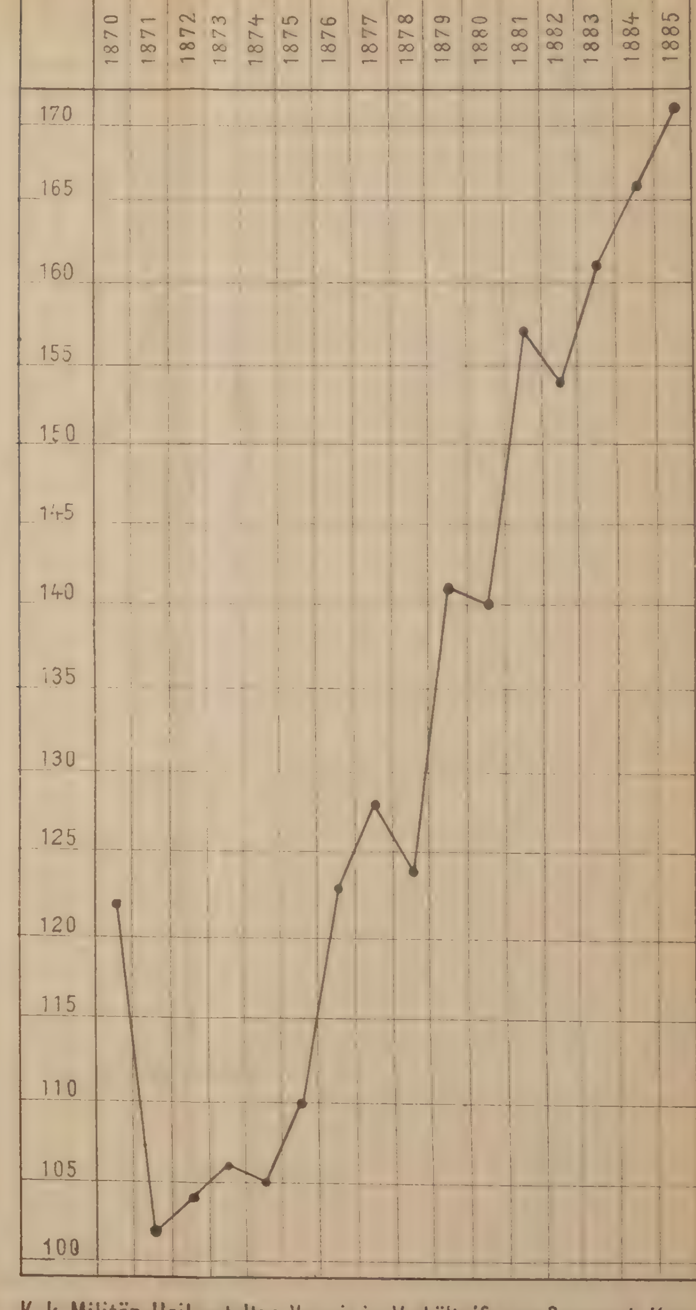
Venerische Erkrankungen in ‰ des Krankenstandes in den beiden Garnisons-Spitälern in Wien (G.S.W.) und im k.k. Heere.



Venerische Erkrankungsformen im Verhältniſs zur Summe der venerischen Erkrankungen in den Militärheilanstalten in Wien.

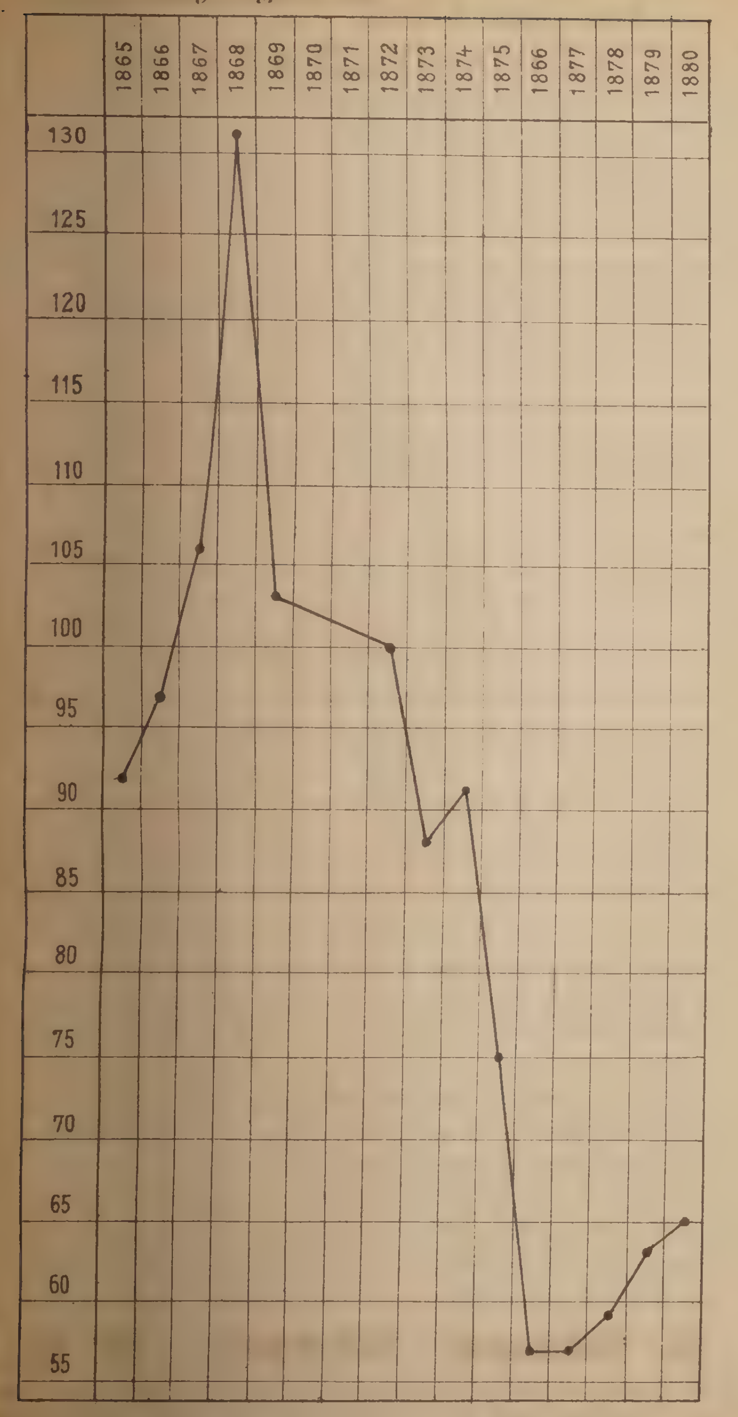


Venerische Erkrankungen im Verhältniſs zum Krankenstande in Wien in den 3 öffentlichen Civil-Spitälern und beiden Garnisons-Spitälern.



K. k. Militär-Heilanstalten: Venerie im Verhältniſs zum Gesammt-Krankenstande.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth Wien, VII. Bez.



Französische Armee: Venerische Erkrankungen.

Akute Tripper m. Compl.

Weiche Geschwüre m. Compl.

Harte Geschwüre m. Compl.

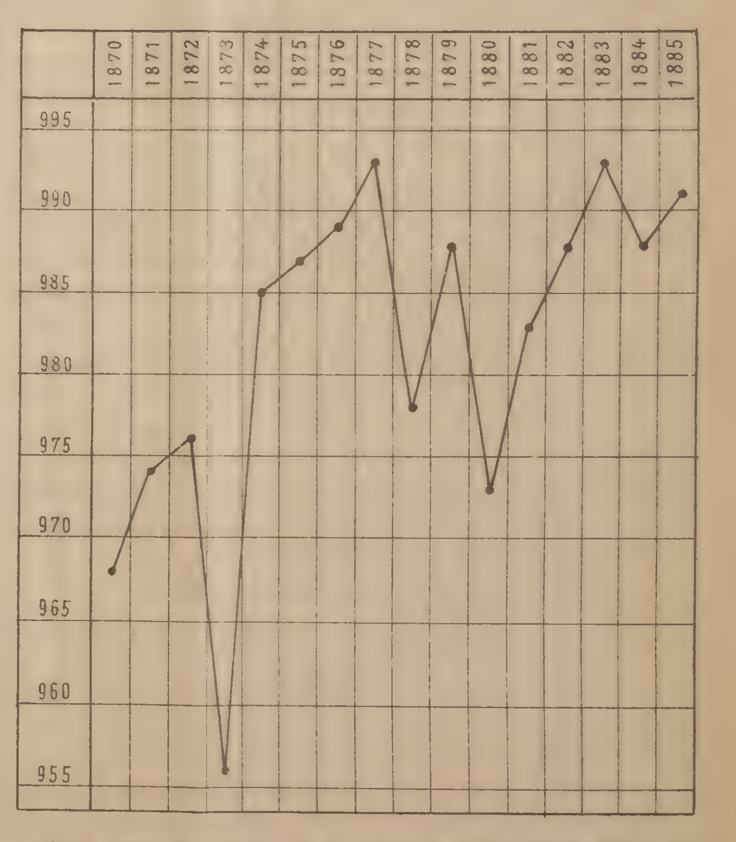
1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885

450 45 · 400 40 · 350 35 · 300 30 · 250 25 · 200 20 · 115 15

K. k. Militär-Heilanstalten: Mit Komplicationen auftretende Akute Tripper, Weiche Geschwüre, Harte Geschwüre in ‰ aller akuten Tripper, weichen Geschwüre, harten Geschwüre: Schwarze Linien. Behandlungsdauer der letzteren: punctirte Linien. Schwarze Vierecke: Die Behandlungsdauer steht in einem Verhältnifs zu den Komplicationen. Schraffirte Vierecke: Die Behandlungsdauer steht in keinem Verhältnifs zu den Komplicationen.

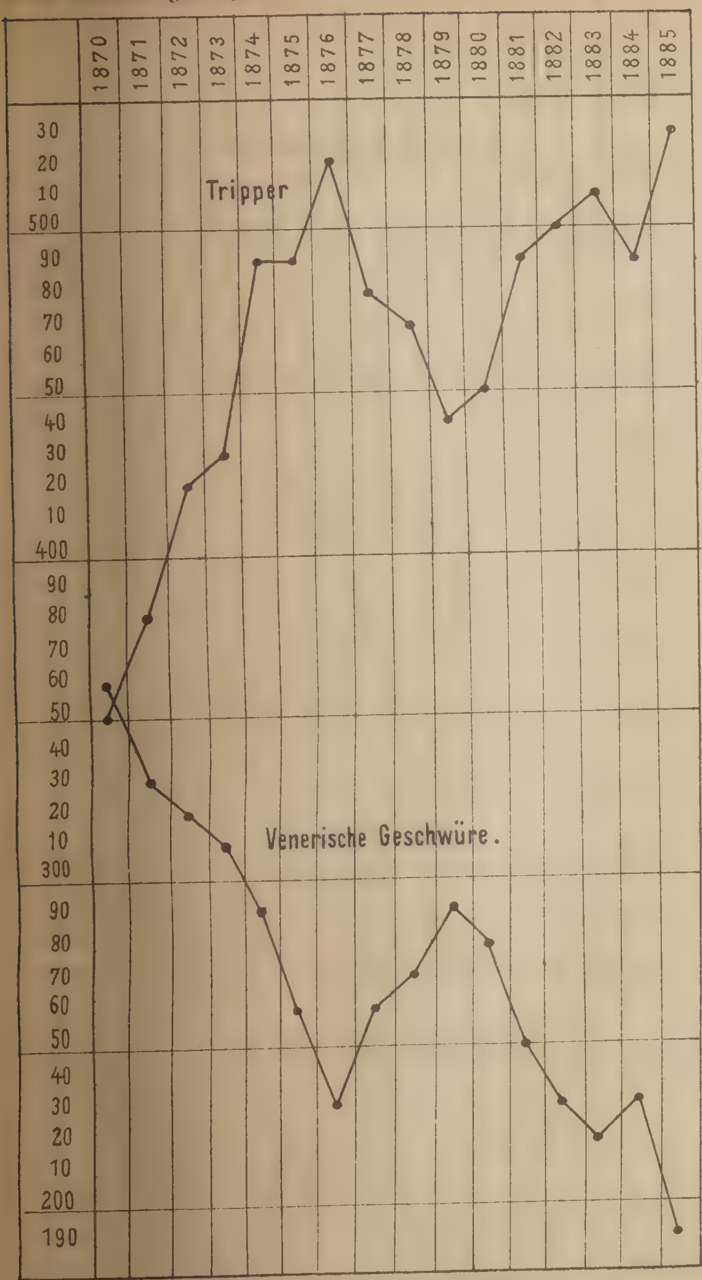
	1. Periode.					2. Periode.				3. Periode.						
	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885
Tripper.	□	□	■	□		■	■	■	■	■	□	■	■	■	■	■
W. Geschwüre.	■	□	■	□		■	▨	▨	■	□	■	▨	□	■	▨	□
Pr. Syphilis.	■	■	■	□		■	■	▨	■	□	■	□	■	□	▨	□

K. k. Heer: Resultalte der Behandlung venerischer Krankheiten. (vergl. den Text.)

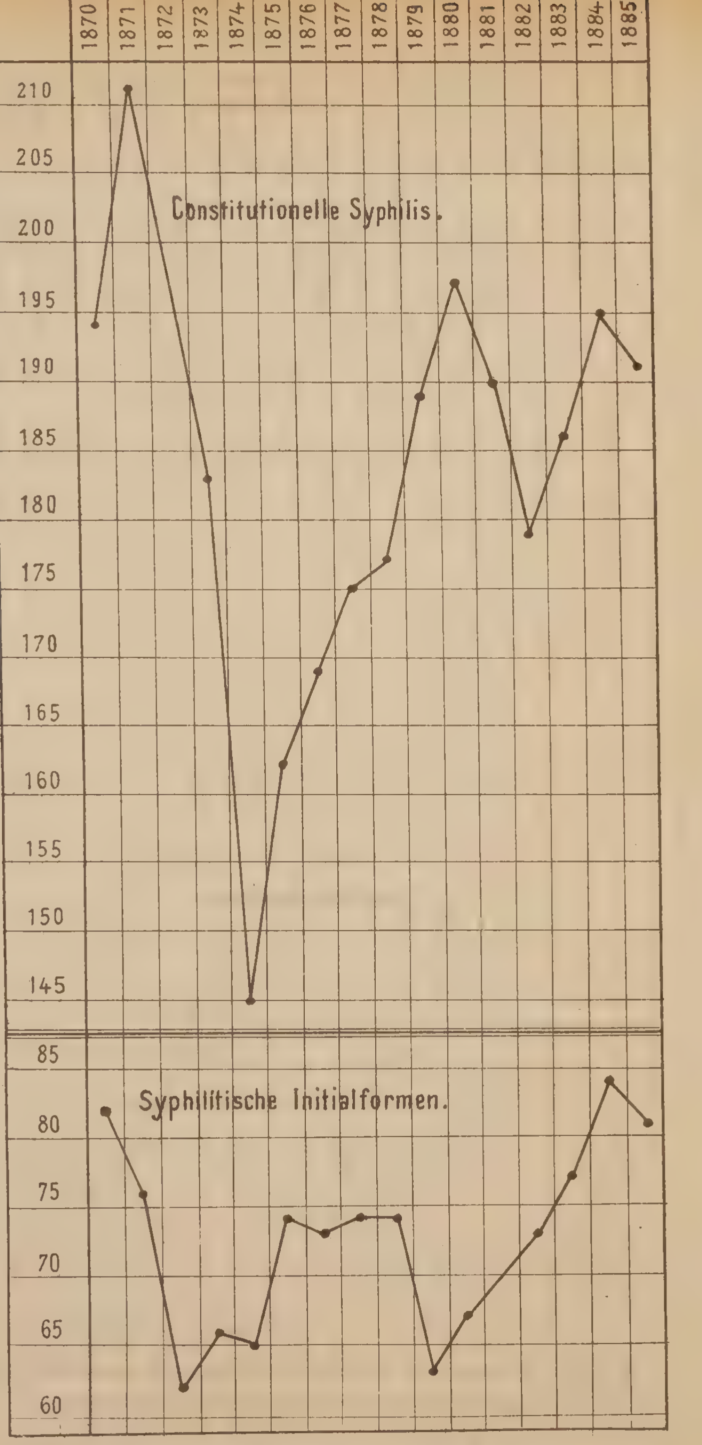


K. k. Heer: Heilerfolg bei Behandlung der venerischen Erkrankungen.

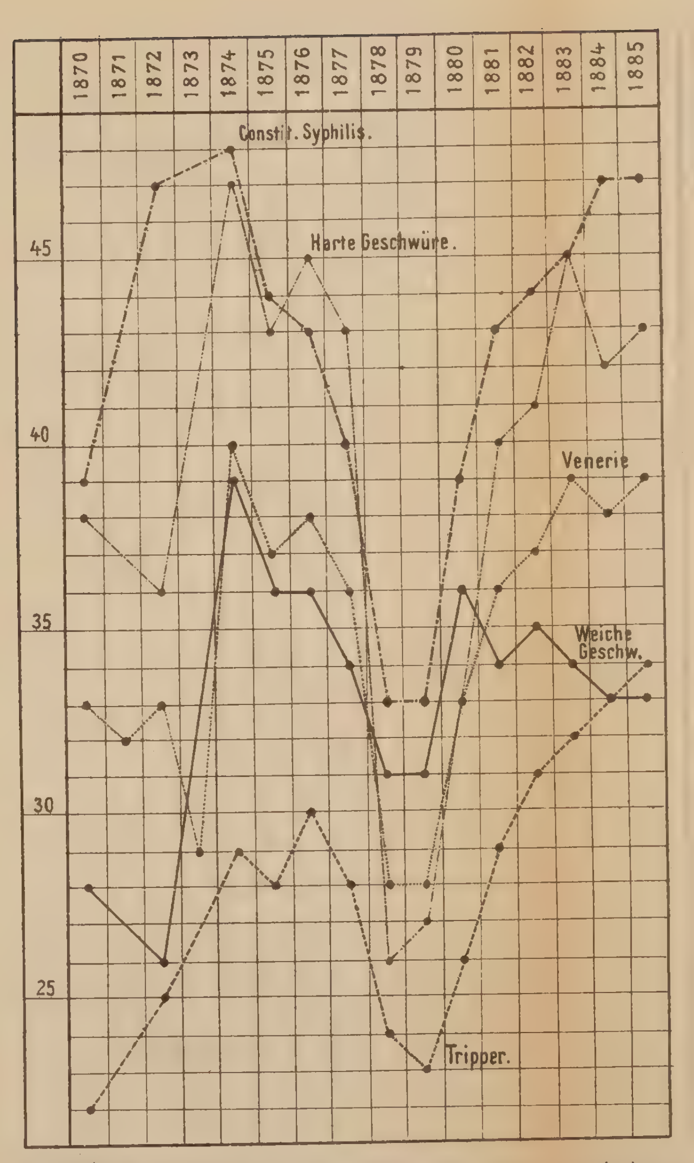
Lith. Anst. v. Th. Bannwarth Wien, VII. Bez.



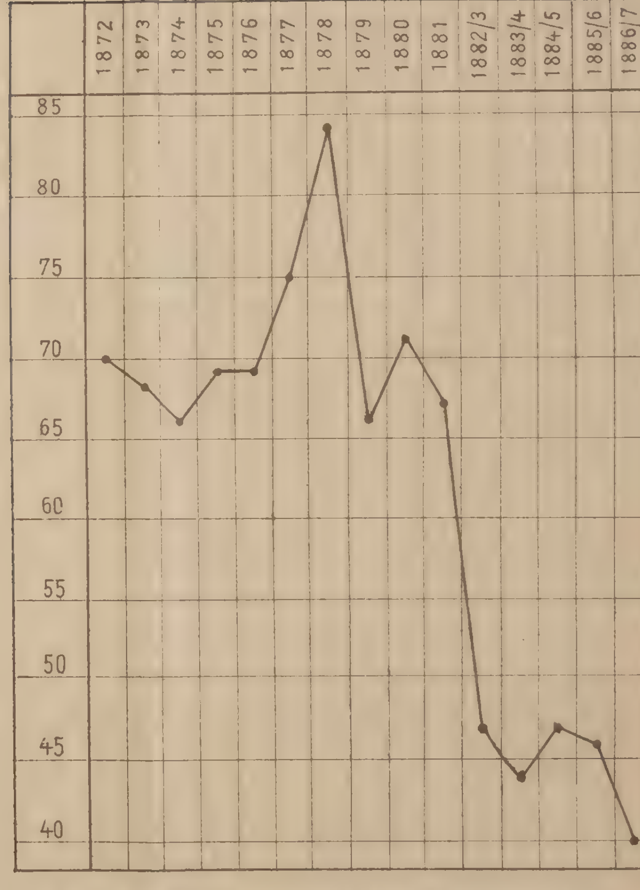
K. k. Militär Heilanstalten: Verhältniſs der Tripper und venerischer Geschwüre zur Gesammtsumme der venerischen Erkrankungen.



K. k. Militär-Heilanstalten: Syphilis im Verhältniſs zur Gesammtsumme venerischer Erkrankungen.

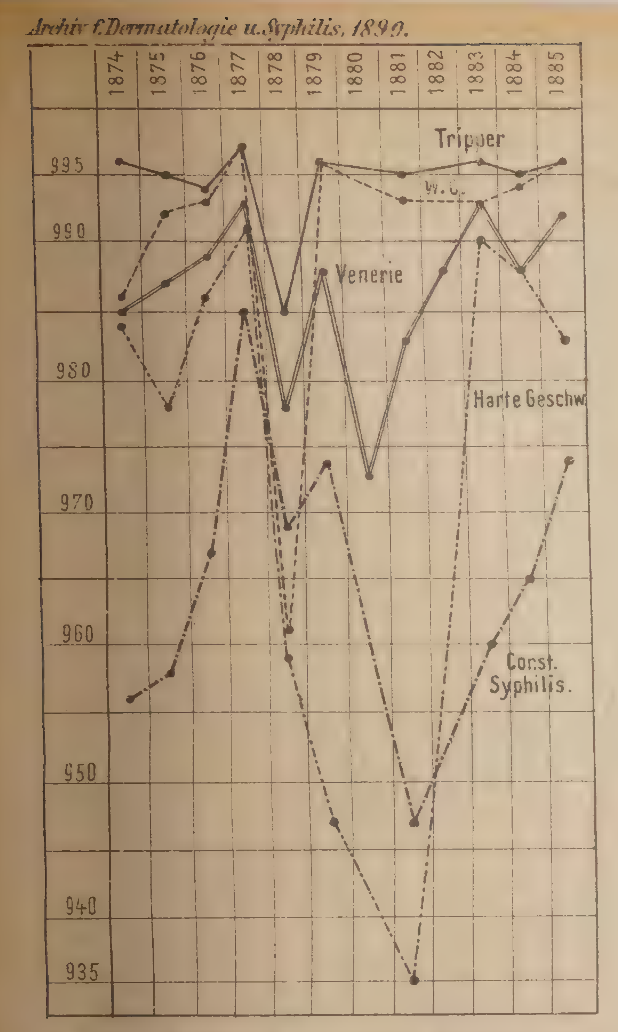


K. k. Militär-Heilanstalten: Behandlungsdauer der venerischen Erkrankungsformen in Tagen.

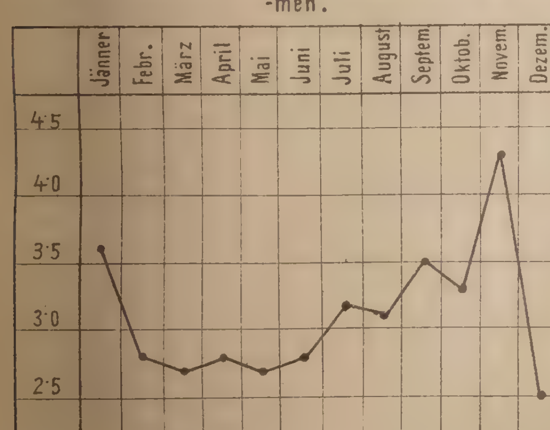


K. sächsisches (XII.) Armeecorps: Vener. Erkrankungen in ‰ der Heeresstärke.

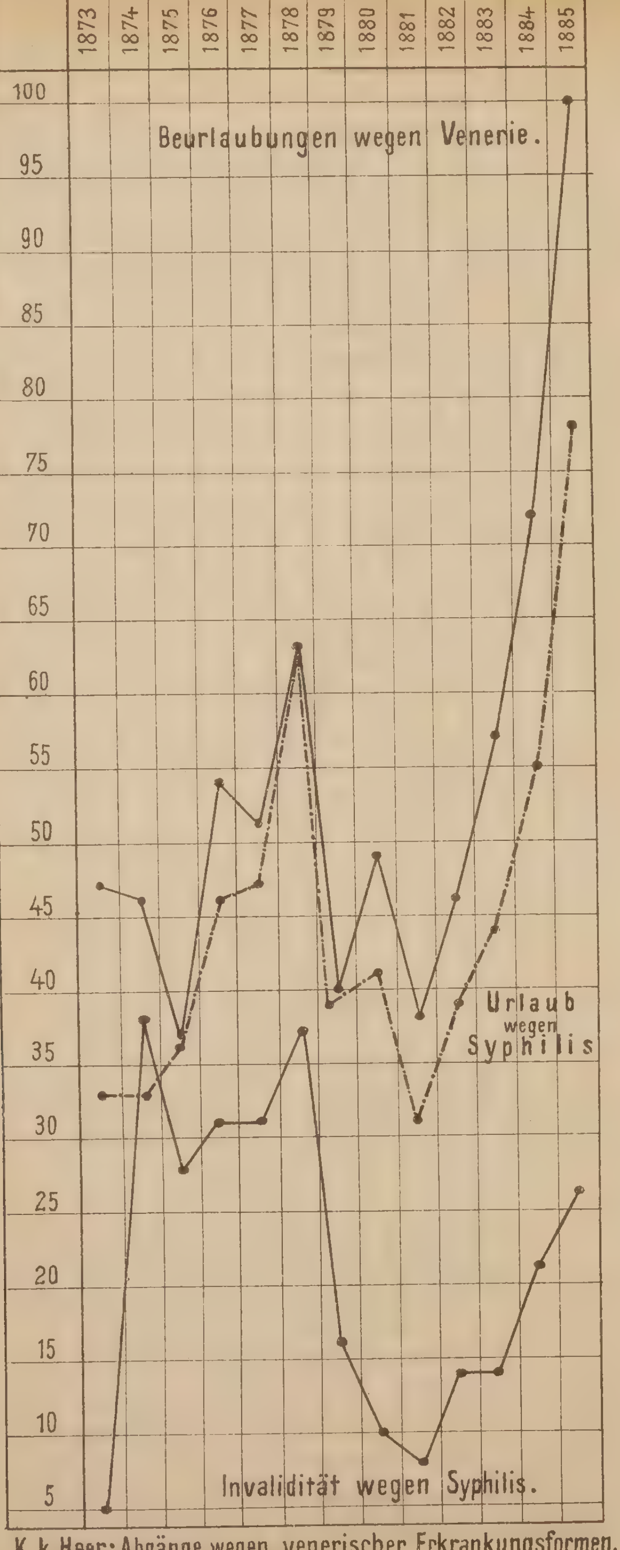
Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien, VII. Bez.



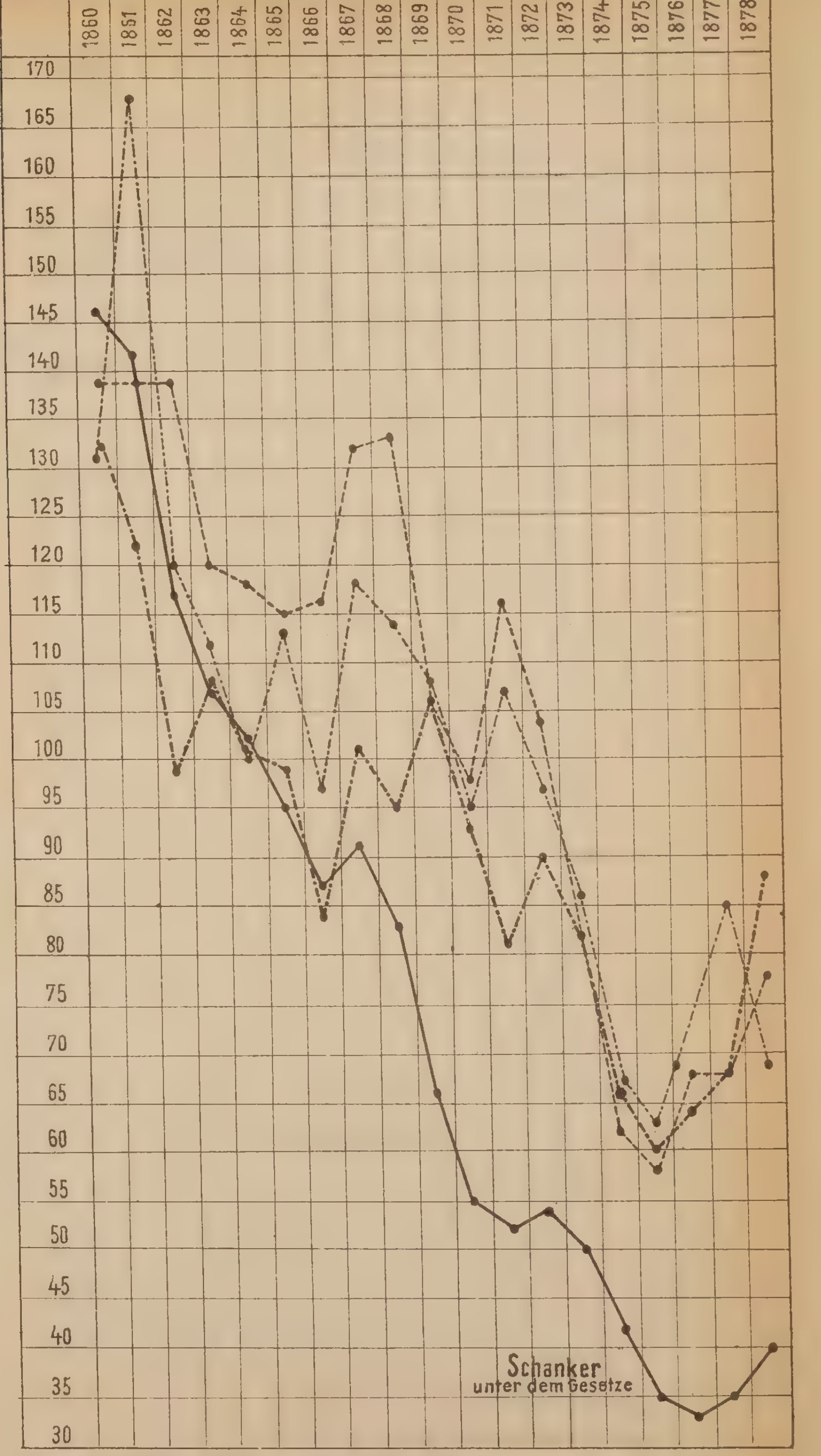
K. k. Heer: Heilerfolg der venerischen Erkrankungsformen.



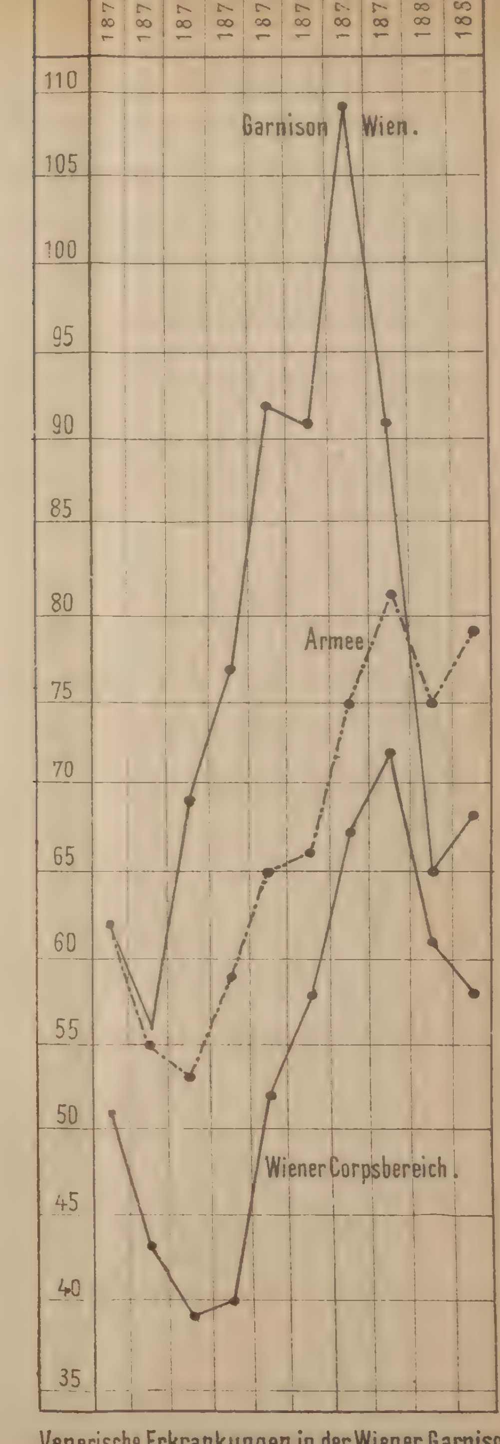
K. preuss. Armee: Das Auftreten der venerischen Erkrankungen im Verlaufe des Jahres (‰ des Iststärke)



K. k. Heer: Abgänge wegen venerischer Erkrankungsformen.

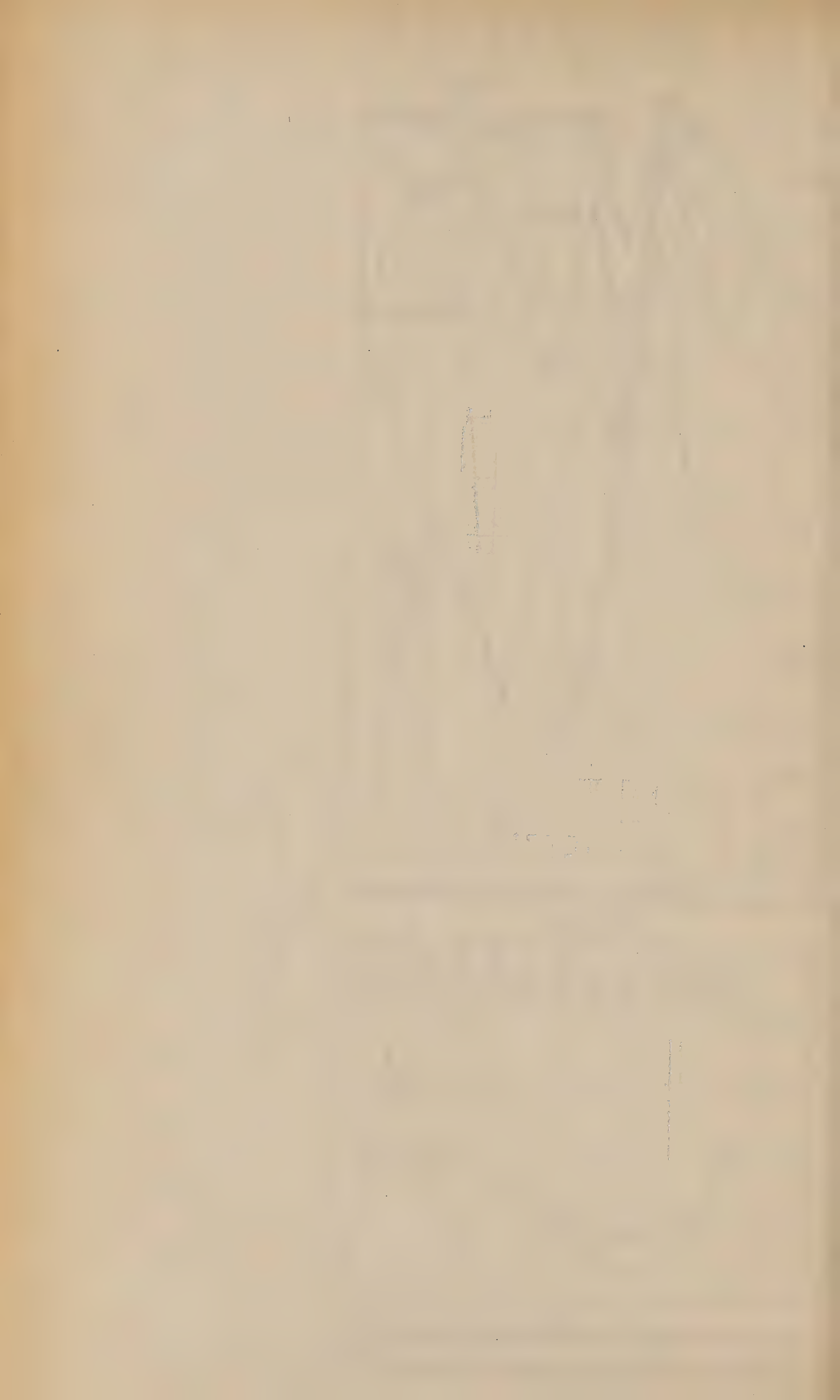


England: Tripper u. Schanker in Garnisonen, welche durch das Gesetz nicht geschützt wurden, und in Garnisonen, welche unter dem Gesetz standen.



Venerische Erkrankungen in der Wiener Garnison, dem k. k. Heere, dem Corps Bereich von Wien in ‰ des Verpflegsstandes.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth Wien VII Bez.



Die venerischen Krankheiten in den Armeen.

Von

Dr. Robert Töply,

k. und k. Regimentsarzt. Gardearzt in Seiner Majestät Erster Arcieren-Leibgarde in Wien.

(Hiezu Tafeln I—VII.)

Einleitung.

„Syphilis in ihrer Rückwirkung auf die Berufsarmeen im Frieden und im Kriege und die Möglichkeit ihrer thunlichsten Eindämmung", das war der Titel einer Preisfrage, für deren Bearbeitung das k. k. Militär-Sanitäts-Comité den ausgesetzten Ehrenpreis mir zuerkannt hat. Die folgenden Zeilen sind im Wesentlichen eine Veröffentlichung jenes Manuscriptes. Während der Vorbereitungen für den Druck war ich in der Lage, einzelne Partien noch einigermassen zu vervollständigen. Bei der Arbeit ist jedoch der Stoff unter der Feder derart gewachsen, dass ich mit Rücksicht auf den erweiterten Inhalt einen dem Gegenstande nun angemessenen Titel wählte.

Man wird vielleicht einen historischen Ueberblick der Syphilis in den Heeren vergangener Jahrhunderte vermissen. Derselbe musste jedoch unberücksichtigt bleiben. Keineswegs etwa deshalb, weil geschichtliche Fragen bei einer Menge, welcher nichts abgeht, als das Verständniss, sich einer Nichtachtung erfreuen, welche nur derjenigen gleichkommt, mit welcher statistische Arbeiten todtgeschwiegen werden. Jeglicher Art dieser beiden Forschungen wohnt ein eminent praktischer Werth inne, welcher sich noch erhöht, soferne ein Zusammenwirken derselben erzielt werden kann. Wenn sich die Auseinandersetzung dennoch nur

auf die Berufsheere der Gegenwart beschränkt, so geschieht dies in Erwägung folgender Umstände:

Die Ungunst der Verhältnisse hat die Verbreitung der venerischen Erkrankungen so enge an das Geschick der Heere geknüpft, dass sie bereits den Ausbruch der Syphilis als Lustseuche gerade zu einem kriegsgeschichtlichen Ereignisse stempelte (neapolitanischer Feldzug Karls VIII). Seit jener Zeit sind beinahe vier Jahrhunderte verflossen, eine Zeit, welche genügt hätte, alle Einzelheiten des Verhaltens der venerischen Krankheiten zu sammeln. Die Söldnerheere bildeten jedoch keine compacte Masse. Sie entstanden, wuchsen und verminderten sich nach Zeiten und Orten, welche nur für Wenige controlirbar waren. Daher die geringe Verwerthbarkeit der ohnedies spärlichen Nachrichten aus jener Periode. Dies umsomehr, als erst nach langen Wandlungen, welche die Lehre von der Syphilis im Verlaufe der Begebenheiten erlitt, eine genauere Kenntniss derselben zum Durchbruche gelangte. Es ist hier nicht der Ort, jenen complicirten Gang zu schildern, welcher von Marcellus Cumanus via Jean Fernel bis auf Philippe Ricord und weiter auf unsere Tage führt. All diese Wandlungen lassen jedoch ältere Angaben in einem unbestimmten Lichte erscheinen, sind daher für eine methodische Behandlung des Themas unverwerthbar.

Schliesslich ist noch zu bedenken, dass zur Rechnung erspriesslich zu verwendende, weil vollständige Zahlenreihen erst seit der allgemeinen Anerkennung und Durchführung statistischer Registrirungen zur Verfügung stehen. Die Statistik als Wissenschaft ist aber noch sehr jung. Zwar lassen sich die Spuren ihrer amtlichen Wirksamkeit bis an das Ende des sechzehnten Jahrhunderts verfolgen, einen systematischen Ausbau erhielt sie jedoch erst zu Ende des achtzehnten. Jene geradezu unschätzbaren urkundlichen Quellen militär-statistischer Aufnahmen, welche allein das geeignetste Material zur wissenschaftlichen Verwerthung bieten und auf die sich die folgende Arbeit vorwiegend stützt, fliessen erst seit einer Reihe von Decennien der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts. Man darf jedoch bei Ausnützung der zu Gebote stehenden Quellen Eines nie vergessen. Die wenigsten der statistischen Ausweise erfreuen sich einer einheitlichen Berechnungsmethode. Dies betrifft nicht nur die Publicationen verschiedener

Länder, sondern auch die Jahrgänge ein und desselben Unternehmens. Daraufhin muss man die Daten erst rectificiren, wenn man sie untereinander vergleichen will. Weiters darf man nicht vergessen, dass statistischen Erhebungen ein relativer, allerdings nur zu leicht verkannter Werth innewohnt, schliesslich, dass auch die Logik der statistischen Methode Unvollkommenheiten in sich birgt, welche in der Schwierigkeit gipfeln, die specifischen Vergleichswerthe festzustellen und zu handhaben.

Die Beschlüsse, Anträge und Resolutionen einer langen Reihe von Congressen, Akademien und Körperschaften, sowie einer zu Bergen sich thürmenden Literatur, sie weisen immer und immer wieder auf das Actuelle unseres Gegenstandes und auf die Nothwendigkeit einer massgebenden Erörterung. Sie lassen es aber auch wünschenswerth erscheinen, für das Eingehen in letztere über ein entsprechend vollständiges und gesichertes Material zu verfügen, welches auf rationeller Grundlage aufgebaut, alle vorfindlichen Daten zusammenstellt, tabellarisch ordnet, und die wichtigsten derselben in Diagrammen, Karten und Plänen ausweist, um in ausschlaggebender Weise die daraus zu ziehenden Schlüsse vor Augen zu führen. Wenn irgendwo gesicherte Grundlagen für den Angriff eines solchen Werkes vorhanden sind, so sind sie vor Allem in den Armeen zu finden. Die Verarbeitung erfordert jedoch Hilfsmittel und ein Ineinandergreifen von Kräften, wie sie sich dem Einzelnen nur selten bieten dürften.

Ich verhehle mir daher keineswegs so manche Unvollständigkeit der vorliegenden Arbeit. Es gereicht jedoch einigermassen zur Befriedigung, an einer Frage sich zu betheiligen, welche mit zu denjenigen gehört, deren Lösung nicht nur die Existenzbedingungen der Armeen, sondern die der gesammten socialen Verhältnisse beeinflusst.

I. Theil.

Statistik der venerischen Krankheiten.

Oesterreich-Ungarn.

Die Syphilis der Stellungspflichtigen.

Bevor wir die Gefahren untersuchen, welche dem Wehrpflichtigen nach der Einreihung in das Heer durch Erwerbung von venerischen Krankheiten drohen, ist es nothwendig, zum Vergleiche die Verhältnisse heranzuziehen, unter deren Einfluss sich derselbe Mann vor dem Antritt seiner militärischen Dienstzeit mit Hinblick auf die genannte Krankheitsgruppe befand. Leider liegt kein genügendes statistisches Material über die Verbreitung der venerischen Krankheiten unter der Civilbevölkerung vor. Selbst über die Häufigkeit des Vorkommens am Assentplatze wurden keine entsprechenden Vormerkungen geführt, sofern es sich um Solche handelte, welche wegen Mindermass im Vorhinein als untauglich zurückgestellt werden. Dennoch wäre es hochwichtig, jeden Fall am Assentplatze zu registriren und auszuweisen, um einen, wenn auch nicht ausreichenden, so doch gesicherten Anhaltspunkt für die Verbreitung dieser Erkrankungen unter einer bestimmten Gruppe der Bevölkerung zu gewinnen. Hocherfreulich ist daher die Initiative der demographischen Section des VI. Internationalen hygienischen Congresses in Wien 1887, welche in Anerkennung einer solchen Nothwendigkeit dem Antrage von Paul Myrdacz zufolge eine gleichlautende Resolution gefasst hat.

Nach Angaben Einzelner (vergl. Schrank a. a. O.) wurden bei der Recrutirung in Wien in den Jahren 1866 und 1867 zwei Drittel, 1872 25%, und 1873 sogar 35% der Stellungspflichtigen venerisch erkrankt befunden. Thatsächlich sind die venerischen Krankheiten, jedoch nicht nur in den Grossstädten, in einer schreckenerregenden Weise verbreitet. Mit ziffermässig nicht belegten Mittheilungen können wir jedoch nicht rechnen. In den statistischen Jahrbüchern sind nur jene Fälle von Syphilis verzeichnet, welche die Zurückstellung der Wehrpflichtigen mit erreichtem Minimalmass (1554 Millimeter) bedingten. In den Jahren 1870 bis 1882 gelangten 6,982.543 solche

Wehrpflichtige zur ärztlichen Untersuchung, jährlich im Mittel 537.118·6. Von diesen wurden wegen constitutioneller Syphilis als nicht kriegsdiensttauglich zurückgestellt im Mittel der Jahre 1870 bis 1885 jährlich 179·6. Es entspricht dies einem Verhältnisse von 0·33‰, anders gesagt: unter je 100.000 Wehrpflichtigen, welche das Minimalmass nicht erreicht haben, wurden jährlich wegen constitutioneller Syphilis 33 als kriegsdienstuntauglich zurückgestellt.

Dieses Verhältniss, in welchem die constitutionelle Syphilis — wohlgemerkt nur diese — unter den Wehrpflichtigen verbreitet ist, erscheint so gering gegenüber anderen Gebrechen, welche die Kriegsdiensttauglichkeit aufheben, dass ein näheres Eingehen auf dasselbe überflüssig vorkommen könnte. Dennoch ergibt sich die Nothwendigkeit, bei demselben zu verweilen, vermöge eines Umstandes, welcher aus der tabellarischen Uebersicht (Tabelle 1) erhellt.

Tabelle 1.

Jahr	westliche Reichshälfte	östliche Reichshälfte	Summe
1870	141	217	358
1871	101	184	285
1872	61	151	212
1873	48	162	210
1874	45	127	172
1875	36	82	166
1876	52	114	118
1877	33	98	131
1878	27	94	121
1879	43	136	179
1880	41	67	108
1881	34	61	95
1882	44	70	114
1883	51	146	197
1884	57	174	231
1885	68	110	178
Mittel	55·1	124·5	179·6

Es geht aus derselben hervor, dass in den Jahren 1870 bis 1885 in der westlichen Reichshälfte (die im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder, Cisleithanien) jährlich 55, in der östlichen (Länder der ungarischen Krone, Transleithanien) jedoch 124·5 Mann, das ist mehr als das Doppelte, wegen Syphilis zurückgestellt wurden. Man wird nicht fehlgehen, wenn man bereits aus diesem Verhältnisse den Schluss zieht: Die constitutionelle Syphilis ist unter der Bevölkerung der östlichen Reichshälfte bedeutend stärker verbreitet, als im Westen des Reiches. Diese Thatsache ist für die Armee von einschneidendster Bedeutung. Jene Gefahr, welcher die Civilbevölkerung ausgesetzt ist, droht in gleichem, wenn nicht in stärkerem Masse auch dem Heere. Wir werden die Wichtigkeit dieses Ergebnisses in weiterer Verfolgung unseres Themas noch abschätzen lernen.

Gesammtüberblick.

Eine allgemeine Uebersicht der Erkrankungsverhältnisse im k. k. Heer während der Jahre 1870 bis 1885 bietet die Tabelle 2.

Die durchschnittliche Stärke des Heeres (Verpflegsstand) betrug 261.528·5 Mann. In den 16 Jahren kamen 6,053.326 Erkrankungen vor, darunter 292.964 Fälle von venerischen Krankheiten, jährlich unter 378.334 Erkrankungen 18.310·2 venerische. Demzufolge erkrankten jährlich von je 1000 Mann 69·4 an venerischen Affectionen, und unter je 1000 Kranken befanden sich 48·4 Venerische. Ein Uebersichtsbild der venerischen Krankheiten mit Bezug auf das Verhalten von deren Extensität gibt die graphische Darstellung Tafel 3, welche aus den beiden letzten Colonnen der genannten Zahlentabelle zusammengestellt ist. Die obere Curve versinnlicht den Antheil der venerischen Krankheiten im Verpflegsstande, die untere im Gesammtkrankenstande. Betrachten wir die erste. Die relative Anzahl der von venerischen Erkrankungen Betroffenen sinkt vom Jahre 1870 bis 1874, um nach dem Weltausstellungsjahre bis 1879 rasch zuzunehmen und dann wieder allmälig abzufallen. Auffällig ist die bereits 1876 bis 1877 auftretende Tendenz, im weiteren Steigen innezuhalten. Das Occupationsjahr 1878 liess sie nicht zur Geltung gelangen. Es schnellte die Extensität rasch in die

Höhe, so dass dieselbe noch heute (1886) längst nicht jenen tiefen Standpunkt des Jahres 1874 erreicht hat, und dass jährlich in der Armee noch immer unter 100 in der Blüthe des Lebens stehenden Männern etwa 7 von venerischen Erkrankungen betroffen werden.

Tabelle 2.

Jahr	Durchschnittlicher Verpflegsstand	Zahl der gesammten Erkrankungen	Venerische Krankheiten absolute Zahlen	Venerische Krankheiten in ‰ des Verpflegs-Standes	Venerische Krankheiten in ‰ des Kranken-Standes
1870	254.639	433.064	20.574	80·8	47
1871	241.976	450.488	16.758	69·2	36
1872	238.722	434.105	14.892	62·3	34
1873	240.662	350.722	13.391	55·7	38
1874	252.586	342.325	13.473	53·3	39
1875	256.133	340.544	15.245	59·5	44
1876	258.435	386.221	16.996	65·8	44
1877	258.985	390.373	17.323	66·9	44
1878	323.835	524.525	24.424	75·4	46
1879	281.799	418.939	22.948	81·4	54
1880	254.170	362.421	19.254	75·7	53
1881	254.247	348.121	20.083	79·0	57
1882	278.456	354.639	20.508	73·7	57
1883	269.200	323.257	19.732	73·3	61
1884	260.575	307.248	19.146	73·5	62
1885	263.986	286.334	18.217	69·0	63
Mittel	261.528·5	378.334·1	18.310·2	69·4	48·4

Die Thatsache, dass die Zahl der venerischen Erkrankungen seit 1879 in allmäliger Abnahme sich befindet, wird weniger günstig erscheinen, wenn man die untere Curve berücksichtigt. Sie ist zwar vom Jahre 1870 bis 1872 abgefallen, von hier an jedoch im stetigen Anstieg begriffen. Anders gesagt, der Antheil, welchen die venerischen Erkrankungen an der Gesammtsumme

aller Krankheitsfälle besitzen, nimmt stetig zu. Die Erkrankungen an Venerie verdrängen allmälig die übrigen und nach dem bisherigen Gange ist anzunehmen, dass dieses Ueberfluthen noch anwachsen werde. Jene vielbesprochene Gefahr, deren Erörterung uns in ihren Einzelheiten noch beschäftigen wird, findet in den dargestellten Curven einen ziffermässig belegten, schlagend augenscheinlichen Ausdruck. Diese Gefahr heisst: die venerischen Krankheiten monopolisiren die Armee.

Tabell

		Jahr	Jänner	Februar	März	April	Mai
Durchschnittlicher Verpflegsstand		1874	251.399	251.187	252.287	255.560	255.642
		1875	254.898	254.672	255.702	258.554	263.576
		1876	256.423	255.944	255.444	258.697	276.803
		1877	256.947	256.712	256.494	259.779	284.446
		1878	256.776	256.638	256.612	259.107	279.955
		1879	314.124	305.798	301.221	294.279	287.766
		1880	244.281	243.315	242.117	267.466	264.961
		1881	252.209	251.420	249.934	260.981	261.008
		1882	252.034	274.457	282.673	293.252	292.528
		1883	271.872	270.676	269.224	274.487	273.617
		1884	265.555	264.023	261.452	268.684	263.422
		1885	260.038	259.620	258.132	275.758	265.376
		Mittel	261.379·6	262.038·5	261.774·3	270.550·3	272.425·
Venerische Erkrankungen	absolute Zahlen	Jahr					
		1874	1023	888	1102	890	1008
		1875	1106	1019	1253	1090	1107
		1876	1172	1152	1229	1150	1380
		1877	1250	1211	1413	1252	1440
		1878	1282	1269	1403	1349	1505
		1879	1885	1833	1934	1834	1868
		1880	1407	1433	1373	1379	1578
		1881	1449	1438	1591	1522	1584
		1882	1399	1507	1843	1616	1788
		1883	1461	1441	1612	1509	1499
		1884	1553	1582	1661	1494	1538
		1885	1325	1298	1424	1308	1417
		Mittel	1359·3	1339·2	1486·5	1366·0	1476·0
		im Mittel der Jahre 1874—8					
			52	51	56	54	54

Nach dem bisherigen Verlaufe ist zu Ende des Jahrhunderts jeder zehnte Kranke ein Venerischer. Das aber sind die Verhältnisse in einem Heere, welches sich bezüglich der besprochenen Krankheitsgruppe gegen andere Armeen geradezu idealer Zustände erfreut.

Das zeitliche Auftreten der venerischen Erkrankungen.

In der Zahlentabelle 3 ist der durchschnittliche Verpflegsstand des k. k. Heeres in Vertheilung auf die 12 Monate des

ni	Juli	August	September	October	November	December
.375	254,271	256.510	220.833	261.463	259.875	256.660
.921	256.068	262.023	221.259	266.321	263.575	258.026
.771	257.141	265.252	222.062	269.927	264.321	258.392
.777	256.484	259.128	224.048	269.649	263.790	258.569
.483	331.110	401.194	418.995	429.541	366.404	327.211
·540	278.048	276.243	236.884	284.910	273.918	247.856
.430	264.378	263.784	218.465	254.718	265.762	255.153
.456	259.064	259.211	214.220	268.521	261.960	251.985
.851	287.970	282.720	236.235	290.625	283.236	274.888
.394	267.783	265.695	233.767	287.009	277.631	268.288
.956	260.015	260.099	218.363	274.634	268.192	261.503
.401	261.163	298.316	219.288	273.549	268.221	262.969
.122·3	269.457·0	279.347·0	240.368·2	282.572·2	276.407·0	265.125·0
88	1082	1337	1421	4229	1297	1208
89	1426	1389	1565	1378	1341	1282
19	1475	1733	1758	1501	1546	1481
64	1597	1682	1698	1446	1522	1348
98	2163	2416	2857	3359	2812	2311
73	2058	2144	1909	1983	1970	1657
23	1834	1893	1716	1494	1790	1734
06	1927	1991	1829	1682	1722	1542
80	1864	1904	1453	1681	1862	1811
89	1742	1705	1869	1777	1801	1727
60	1679	1859	1699	1481	1629	1511
07	1695	1902	1673	1544	1642	1482
41·4	1711·8	1829·5	1870·5	1962·9	1744·5	1591·1
des monatlichen Verpflegsstandes						
3	63	73	77	69	63	60

Jahres ausgewiesen. Im Mittel der Jahre 1874 bis 1885 ist derselbe im ersten Vierteljahr geringen Schwankungen unterworfen, steigt schnell an im zweiten Quartal, um noch rascher bis zum Ende des dritten zu sinken. Zu Beginn des vierten folgt eine besonders starke Erhebung, worauf ein abermaliger Abfall eintritt. Es ist nicht schwer, diese Veränderungen mit dem Einrücken der Reservemänner zur Waffenübung im Frühling, Entlassung derselben im Sommer, sowie des letzten Jahrganges der präsent dienenden Mannschaft im September, dem Einrücken der Recruten im October und der Zurückstellung Einzelner derselben nebst Beurlaubungen wegen Standesüberzahl im Verlaufe des Winters in Einklang zu bringen. Die Zahlentabelle 3 (untere Abtheilung) liefert in derselben Weise die absoluten Zahlen der registrirten venerischen Erkrankungen. Sie setzt, wie die vorige, erst mit dem Jahre 1874 ein, da vorher der erörterte Factor in den statistischen Jahrbüchern nicht berücksichtigt wurde. Es steigt, mit Ausnahme eines geringen Nachlasses im Februar und April, die absolute Zahl der venerischen Erkrankungen vom Jänner bis zum October, um dann rasch wieder abzufallen. Berechnet man das Verhältniss der monatlichen Erkrankungen zu dem jeweiligen Verpflegsstande aus den beiden eben erörterten Zahlentabellen, so ergibt sich für die einzelnen Monate ein Promille, welches in der Zahlentabelle 4 ausgewiesen, und

Tabelle 4.

Jänner	5·2	Juli	6·3
Februar	5·1	August	7·3
März	5·6	September . . .	7·7
April	5·4	October	6·9
Mai	5·4	November	6·3
Juni	5·3	December	6·0

in der graphischen Uebersicht, Tafel 3, dargestellt ist. Aus letzterer ersieht man, wie die Extensität der venerischen Erkrankungen zu Beginn des Jahres gering, im März ansteigt, und den ganzen Frühling hindurch geringen Schwankungen unterliegt. In den ersten Monaten des Jahres erkranken monatlich von je

1000 Mann etwas über 5 an Venerie. Mit Beginn des Sommers plötzlich ein rascher, bis zum Herbst dauernder Anstieg um 2·6°/₀₀, das ist ein volles Drittel der im September erreichten Höhe, wo bereits von je 1000 Mann 7·7 im Monate erkranken. Letztere Ziffer würde einem Erkrankungssatze von beinahe 10 Mann von Hundert (92·4°/₀₀) im Jahre entsprechen, während der nun eintretende, bis in den Februar sich erstreckende Abfall in letzterem Monat ein Minimum erreicht, welches gleich wäre einem Erkrankungssatze von etwas über 6 Mann unter je Hundert jährlich (61·2°/₀₀). Die Erklärung dieses Verhaltens ergibt sich geradezu von selbst. Es steigt und sinkt die Gefahr der Infection mit dem Drange, sich in die Gefahr zu begeben, und mit der Gelegenheit, ihr zu begegnen. Es hiesse die Jahreszeiten charakterisiren zu wollen, und hiemit eine auf der Schulbank und am Parnass sattsam erledigte Aufgabe von Neuem lösen, wenn wir es versuchten, jenes Diagramm weiter zu erläutern. Man bedarf gar nicht eines Hinweises auf den Einfluss des jährlichen militärischen Beschäftigungsentwurfes. Abgesehen von diesem illustrirt jene Curve die bekannten Einflüsse der Jahreszeiten, welche, wie man sieht, auch ziffermässig sich erweisen lassen.

Oertliche Vertheilung der venerischen Krankheiten.

Im Folgenden soll das Auftreten der venerischen Krankheiten in den einzelnen Militär-Territorialbezirken besprochen werden. Im Anschlusse daran werden wir einen der wichtigsten Factoren von deren Wirksamkeit kennen lernen, nämlich ihre örtliche Vertheilung. Zufolge der dermaligen Territorialeintheilung besteht im k. k. Heere die in Tabelle 5 ausgewiesene Abgrenzung der Militärbezirke. Bezugnehmend darauf geben die Zahlentabellen 6, 7 und 8 in absoluten Zahlen den durchschnittlichen Verpflegsstand, die Zahl der venerischen Krankheitsfälle, und schliesslich die relative Zahl der letzteren zur jeweiligen Stärke des Verpflegsstandes in den einzelnen Militär-Territorialbezirken. Es erhellt daraus, dass die venerischen Krankheiten nicht überall gleichmässig auftreten. Man kann auf Grund der gewonnenen Mittelzahlen die Territorialbezirke in eine Scala zusammenstellen, wie dies Tabelle 9 zeigt, innerhalb welcher der Antheil zwischen 32·5 bis 96·5°/₀₀ fortschreitet, sich also zum Schlusse (Temesvár)

Tabelle 5.

Militär-Territorial-Commando		Amtssitz in	Geographisch-politische Abgrenzung
1.	Corps-Commando	Krakau	West-Galizien
2.		Wien	Nieder- und Ober-Oesterreich, Salzburg
3.		Graz	Steiermark, Kärnten, Krain, Triest, Istrien, Görz und Gradiska
4.		Budapest	Ungarn
5.		Pressburg	
6.		Kaschau	
7.		Temesvár	
8.		Prag	Böhmen
9.		Josefstadt	
10.		Brünn	Mähren und Schlesien
11.		Lemberg	Ost-Galizien, Bukowina
12.		Hermannstadt	Siebenbürgen
13.		Agram	Croatien und Slavonien
14.		Innsbruck	Tirol und Vorarlberg
15.		Sarajevo	Occupationsgebiet: Bosnien und Hercegovina
Militär-Commando in Zara		Zara	Dalmatien

Tabell

Territorialbezirk	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876
Wien	32.025	34.450	32.976	34.098	33.803	33.553	41.26
Linz	8.733	7.583	7.586	7.789	8.077	8.206	.
Graz	14.683	14.659	14.658	14.950	15.606	16.093	13.53
Triest	6.743	6.634	6.334	7.080	7.117	6.793	6.75
Innsbruck . .	6.115	6.166	5.949	6.335	6.238	6.325	6.41
Zara	7.750	6.110	5.113	5.659	5.384	6.636	8.84
Prag . . . . } Josefstadt . }	33.494	3.112	31.950	31.332	33.278	33.845	33.92
Brünn	19.095	19.755	18.838	19.000	19.871	20.262	20.37
Lemberg . . .	17.118	15.353	15.522	16.853	18.544	18.700	18.72
Krakau . . .	10.389	11.178	11.093	11.384	12.446	12.448	12.44
Budapest . . .	21.953	22.504	24.792	22.585	23.301	23.739	20.88
Pressburg . .	17.654	16.593	17.143	17.253	19.188	18.811	19.56
Kaschau . . .	7.348	8.721	9.543	9.939	12.175	12.396	12.71
Temesvár . .	14.831	15.833	13.841	12.704	13.964	14.338	13.78
Hermannstadt .	11.447	10.867	11.192	12.386	13.508	13.682	13.95
Agram	18.327	14.458	12.242	11.315	10.086	10.306	14.95
Sarajevo . . .	.	.	.	.	.	.	.
Peterwardein .	6.874	.	.	.	.	.	.
Summe .	254.639	241.975	238.772	240.662	252.586	256.133	258.43

verdreifacht. Innerhalb der Scala zerfallen die Bezirke in vier natürliche Gruppen, in denen die venerischen Krankheiten mit 30 bis 40, 50 bis 60, 70 bis 80, und 80 bis 100°/₀₀ vertreten

Tabelle 9.

Von je 10.000 Mann erkranken jährlich			
im Territorialbezirke	Mann	im Territorialbezirke	Mann
Innsbruck	325	Agram	737
Linz	375	Lemberg	740
		Sarajevo	744
Zara	546	Krakau	769
Graz	560	Pressburg	797
Prag	566		
Wien	574	Josefstadt	833
Triest	588	Kaschau	873
Brünn	596	Hermannstadt . .	912
		Budapest	948
		Temesvár	965

sind. In dem Kärtchen (Tafel 1) ist der Versuch gemacht, diese ziffermässigen Daten zur übersichtlichen Anschauung zu bringen. Vor Allem fällt hier jene auf den Nordosten von Böhmen vertheilte, ziemlich isolirt dastehende Concentrirung von venerischen

1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885
1.712	38.507	33.941	33.734	33.854	34.322	34.543	33.595	35.589
.	.	.	.	.	.	.	.	.
3.516	12.499	11.120	12.920	14.672	14.492	20.281	19.953	19.928
6.042	5.615	5.239	6.067	6.446	5.369	.	.	.
6.298	6.615	6.303	7.511	7.813	7.531	7.562	7.681	7.671
0.705	9.537	5.344	4.541	4.344	9.048	5.420	4.639	4.665
3.917	32.871	30.802	29.302	29.979	29.344	15.649	14.795	15.186
						14.214	14.668	14.846
9.963	17.856	14.231	16.210	16.307	15.977	16.888	16.774	16.976
9.726	20.135	18.352	19.036	20.586	21.817	17.263	17.764	18.292
1.899	12.321	12.594	11.922	11.580	11.002	16.769	18.351	18.530
1.749	21.053	16.387	16.490	16.572	15.994	17.257	18.461	18.624
9.537	17.548	15.791	16.291	16.501	16.628	16.812	16.462	16.015
2.758	11.081	9.742	9.293	9.565	10.341	11.951	12.140	12.875
5.268	15.659	14.402	14.074	14.498	13.685	14.331	14.020	14.344
4.207	15.879	13.774	13.829	13.320	12.914	13.478	12.783	13.256
1.688	13.002	13.338	11.067	10.679	9.675	11.821	11.839	12.088
.	73.657	60.439	32.523	27.531	50.317	34.961	26.650	25.099
.	.	.	.	.	.	.	.	.
8.985	323.835	281.799	254.170	254.247	278.546	269.200	260.575	263.986

Tabell

Territorialbezirk	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876
Wien	2.371	1.871	1.674	1.543	1.410	1.420	2.15
Linz	407	295	292	267	245	287	.
Graz	946	846	716	612	593	597	54
Triest	470	450	353	221	305	310	32
Innsbruck . .	300	230	205	189	150	226	23
Zara	553	334	334	245	252	358	44
Prag . . . . } Josefstadt . }	2.619	1.976	1.844	1.653	1.399	1.434	1.71
Brünn	1.367	1.208	891	968	971	977	1.09
Lemberg . . .	1.848	1.545	1.251	1.195	*1.052	999	1.01
Krakau . . .	1.053	760	783	719	834	860	68
Budapest . .	2.093	1.854	1.898	1.649	1.585	2.123	1.88
Pressburg . .	1.592	1.344	1.345	1.333	1.182	1.146	1.60
Kaschau . . .	694	551	645	635	788	1.116	1.28
Temesvár . .	1.544	1.222	988	811	1.087	1.328	1.25
Hermannstadt .	1.375	1.128	1.265	838	972	1.208	1.23
Agram	877	1.144	608	513	648	856	1.52
Sarajevo . . .	.	.	.	.	.	.	.
Peterwardein .	495	.	.	.	.	.	.
Summe .	20.574	16.758	14.892	13.391	13.473	15.245	16.99

* Gesammtzahl für den Aufmarsch- und Occupations-Rayon.

Tabell

Territorialbezirk	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	187
Wien	74	54	51	43·2	39·5	40·7	52·1	58·
Linz	46	39	38	34·3	30·0	35·0	.	.
Graz	64	58	49	40·9	38·0	37·1	39·4	51·
Triest	69	67	56	31·2	42·9	45·6	48·5	70·
Innsbruck . .	49	37	34	29·8	24·0	35·7	36·3	31·
Zara	71	55	65	43·3	46·8	54·0	50·5	39·
Prag	78	63 }	58	52·8	42·1	42·2	50·5	56·
Josefstadt . .	.	. }						
Brünn	71	61	47	50·9	48·9	48·2	53·2	58·
Lemberg . . .	**108**	**101**	80	70·9	56·7	53·4	54·1	58·
Krakau . . .	**101**	68	70	63·1	67·0	69·1	55·1	66·
Budapest . . .	95	82	76	73·0	68·0	89·5	90·1	84·
Pressburg . .	90	81	78	77·3	61·6	60·9	82·0	72·
Kaschau . . .	94	71	67	63·9	64·7	90·0	101·1	81·
Temesvár . .	102	77	71	63·8	77·9	92·6	91·3	90·
Hermannstadt .	120	105	113	67·6	71·9	88·3	88·3	82·
Agram	48	79	49	45·4	64·2	83·1	101·8	108·
Sarajevo . . .	.	.	.	.	.	.	.	.
Mittel für die Armee	80·8	69·2	62·3	55·7	53·3	59·5	65·8	66·

Anmerkung. * { Aufmarsch- und Occupationsrayon.

	1870—75	1876—
Wien . . .	51·2 }	75·4
Linz	37·5 }	

1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885
2.430	2.539	2.448	2.085	1.994	2.031	1.627	1.763	1.667
.	.	.	.	.	.	.	.	.
699	776	831	824	920	919	1.376	1.402	1.075
426	361	337	385	486	361	.	.	.
197	225	144	223	240	297	249	261	158
427	*	*	285	355	478	290	239	180
1.905	2.237	1.961	1.766	2.196	2.204	{ 884	811	865
						{ 1.340	1.210	1.075
1.164	1.254	1.099	1.048	1.073	1.057	879	1.071	940
1.160	1.462	1.375	1.238	1.771	1.559	1.275	1.252	1.532
. 789	1.202	1.056	850	1.224	1.021	1.176	1.276	1.343
1.846	1.893	1.728	1.823	1.804	1.834	2.105	2.058	1.779
1.423	1.492	1.636	1.425	1.275	1.277	1.331	1.359	1.293
1.033	1,024	1.065	879	972	895	1.050	1.059	1.090
1.378	1.793	235	1.399	1.494	1.370	1.669	1.512	1.444
1.174	1.568	207	1.231	1.205	1.129	1.165	1.107	1.115
1.272	6.544	5.980	1.026	1.135	1.003	814	696	762
.	*	*	2.767	1.939	3.073	2.502	2.070	1.779
.	.	.	.	.	.	.	.	.
17.323	24.424	22.948	19.254	20.083	20.508	19.732	19.146	18.217

1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	Mittel
67·3	72·1	61·8	58·9	59·2	47·1	52·5	46·8	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.
62·1	74·7	63·8	62·7	63·4	67·8	70·2	53·9	56·0
64·3	64·3	63·5	75·4	67·2	.	.	.	58·8
34·0	22·8	29·7	30·7	39·4	32·9	34·0	20·6	32·5
*	*	62·8	81·7	52·9	53·4	51·5	38·6	54·6
68·0	63·3	60·3	73·3	75·1	{ 56·4	54·8	57·7	.
					{ 94·2	75·6	73·7	.
70·2	77·2	64·7	65·8	66·1	52·0	63·8	55·3	59·6
72·0	74·9	65·0	86·0	71·5	73·8	70·4	88·7	74·0
97·6	83·8	71·3	105·7	92·8	70·1	77·9	72·5	76·9
89·9	105·8	110·5	108·7	114·7	122·0	111·5	95·5	94·8
85·0	103·6	88·0	77·3	76·8	79·1	81·9	80·7	79·7
92·4	109·8	94·6	101·6	86·6	87·8	87·2	104·3	87·3
14·5	135·7	99·4	103·0	100·1	116·5	107·8	101·0	96·5
98·7	96·9	92·6	90·5	87·4	86·4	86·6	84·1	91·2
68·0	75·5	92·7	106·3	103·7	69·1	58·7	63·0	73·7
*	*	85·1	70·4	61·1	71·5	77·6	70·8	74·4
75·4	81·4	75·7	79·0	73·7	73·3	73·5	69·0	69·4

	1870—78	1883—85
ag. . . .	} 60·2	{ 56·6
sefstadt .		{ 83·3

Krankheiten auf. Bedenkt man jedoch, dass es sich hier um eine an Fabriken und Festungen relativ reiche Gegend handelt, und dass, wie wir noch später an anderen Armeen sehen werden, Festungen und deren Umgebung zum Lieblingssitze venerischer Krankheiten gehören, so wird dieser isolirte Seuchenherd verständlich.

Aeusserst lehrreich ist das Verhalten in der übrigen Monarchie. Compact, von einem Territorium ausgehend, welches im Südosten des Reiches gelegen, das IV., VI., VII. und XII. Corps begreift, strahlen die venerischen Krankheiten, halbmondförmig jenes Centrum umgebend, in abnehmender Extensität gegen den Westen aus. Zuerst gruppirt sich das XI., I., V., XIII., XV. Corps zwar nicht mehr mit so starker, aber dennoch das Durchschnittsniveau der Armee (7%) überschreitender Extensität. Westwärts sieht man sie dann immer mehr abnehmen, und in den Gebirgsländern von Salzburg, Tirol und Oberösterreich auf das Minimum herabgehen. Vom östlichen Corpsbereiche von Innsbruck zum südwestlichen von Temesvár sieht man die Extensität der venerischen Erkrankungen jährlich auf das Dreifache anschwellen. Man muss sich fragen, wie so es komme, dass gerade im Bereiche des IV., VII., VI., XII. Corps die venerischen Erkrankungen ihren Lieblingssitz einnehmen. Wir werden dies noch später auf Grundlage einer Reihe von Einzeluntersuchungen erörtern, wenn wir auf statistischer Basis die nationale Disposition besprechen. Dies wird uns jedoch nur über die Natur jenes Verhältnisses aufklären, keineswegs jedoch über die definitive Dauer, beziehungsweise den Beginn desselben Anhaltspunkte gewähren. Hier ist man nur auf Vermuthungen angewiesen. Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich diese Verdichtung im Territorialbezirke Temesvár und Umgebung einer Institution zuschreibe, welche bekannt unter dem Namen der „Temesvárer Wasserschübe“ in der Mitte des vorigen Jahrhunderts einer eigenthümlichen Daseinsblüthe sich erfreute. Die diesbezüglichen Acten befinden sich noch heute im Archiv des k. k. Ministeriums des Innern. Aus ihnen geht hervor, dass behufs Entlastung des Polizeirayons von Wien in den Jahren 1751—69 je ein bis zwei vom k. k. General-Kriegscommissariate ausgerüstete Schiffe unter militärischer Bedeckung von einem Oberofficier mit 30 Mann, meist

im Mai und October, in das Banat abgingen, mit der Bestimmung, je etwa 150 Personen, Anfangs nach Temesvár oder Peterwardein, dann nach Komorn abzuschieben. Einzelne dieser Transporte weisen eine ganz bedeutende Frequenz auf, so jener im August 1763, welcher 300 Köpfe nach Temesvár beförderte. Die herabgelangte Gesellschaft, aus Männern, welche zu öffentlichen Arbeiten verurtheilt waren und leichtfertigen Weibern, Kupplern und Kupplerinnen bestehend, dürfte Temesvár und Umgebung binnen kaum zwei Decennien durch etwa 5000 Weiber nicht mehr zweifelhaften Rufes bevölkert haben. Es besteht kein Gegengrund, nicht anzunehmen, dass diese Horde, welche die Blüthe venerischer Krankheiten mitbrachte, auch für deren Verbreitung daselbst Sorge trug, so dass die genannten Gegenden noch heute unter einer Massnahme leiden, welche vor mehr als 100 Jahren mit bester Absicht ins Leben gerufen, nur allzu folgenschwer sich erwies.

Man würde jedoch weit über das Mass hinausschiessen, wollte man den Temesvárer Wasserschüben allein die Schuld für die heutige Concentrirung der venerischen Erkrankungen beimessen. Fristet doch der üppigste Same in unfruchtbarem Boden ein kümmerliches Dasein. In unserem Falle heisst dieser Boden nationale Disposition. Von ihr wird ein späteres Capitel handeln.

Recht wichtig ist es, zu ergründen, wie die venerischen Krankheiten mit Bezug auf Stadt und Land vertheilt sind. Dafür bietet sich als Anhaltspunkt eine Berechnung von Myrdacz, welche das Auftreten einzelner Krankheitsformen in $^0/_{00}$ des Verpflegsstandes für die Jahre 1872 bis 1882 in 120 Garnisonsorten ausweist. Daraus zusammengestellt ist die Tabelle 10.

In ihr reihen sich dem einfach unterstrichenen Sitze des Corpscommandos die zugehörigen Garnisonen an. Excessive Verhältnisse sind durch einen Doppelstrich hervorgehoben. Behalten wir vor Allem das Auftreten der venerischen Krankheiten in den Corpsbereichen im Augenmerk, wie es kurz vorher geschildert wurde, und vergleichen hiemit deren Hauptstädte. In den Garnisonen Triest, Lemberg und Krakau übertrifft die Extensität (61, 82, 80$^0/_{00}$) das Mittel von deren Territorialbezirk (58·8, 74, 76·9$^0/_{00}$), wobei gleichzeitig Triest und Krakau die höchste Anzahl von Erkrankungen in ihrem Bereiche aufweisen. In allen anderen Territorialbezirken übertrifft die Mittelzahl der venerischen Krankheiten

Tabelle 10.

Ort		Ort		Ort	
Wien	55	Prachatitz	32	Keszthely	92
Enns	48	Reichenberg	44	Komorn	91
Freistadt	25	Theresienstadt	95	Neuhäusel	35
Hainburg	39	Wittingau	43	Oedenburg	40
Linz	34	Brünn	31	Raab	83
Salzburg	40	Iglau	56	St. Georgen	56
Stockerau	34	Olmütz	59	Trencsin	67
St. Pölten	65	Prossnitz	33	Kaschau	48
Wels	36	Teschen	93	Eperies	51
Wr.-Neustadt	65	Troppau	47	Erlau	134
Graz	54	Znaim-Klosterbruck	38	Gyöngyös	95
Bruck a. M.	42	Lemberg	82	Losoncz	105
Cilli	32	Brody	86	Neusohl	74
Judenburg	37	Brzezan	49	Szatmar	282
Klagenfurt	52	Czernowitz	121	Temesvár	82
Laibach	49	Grodek	13	Arad	87
Marburg	55	Kolomea	63	Debreczin	91
Pettau	36	Sambor	52	Gr.-Becskerek	139
Triest	61	Sanok	50	Gr.-Wardein	124
Capo d'Istria	44	Stanislau	92	Karansebes	77
Görz	58	Stryj	52	Szegedin	135
Pola	34	Tarnopol	68	Szolnok	121
Innsbruck	32	Zolkiew	37	U.-Weisskirchen	77
Bozen	57	Krakau	80	Hermannstadt	68
Bregenz	11	Lancut	58	Bistritz	144
Hall	7	Neusandec	77	Broos	126
Pergine	37	Tarnow	74	Karlsburg	105
Riva	41	Budapest	71	Klausenburg	101
Roveredo	36	Czegléd	66	Kronstadt	56
Trient	28	Fünfkirchen	98	Mediasch	78
Zara	52	Kaposvár	156	Szt. Udvarhely	121
Spalato	83	Kecskemet	66	Agram	71
Süd-Dalmatien	47	M. Theresiopel	108	Belovar	61
Prag	49	Stuhlweissenburg	117	Esseg	102
Brandeis a. E.	53	Tolna	113	Otočac	34
Budweis	26	Zombor	126	Peterwardein-Neusatz	90
Josefstadt	71	Pressburg	61		
Kaaden	29	Gran	100		
Klattau	34	Güns	47		
Komotau	36	Gr. Kanizsa	159		
Königgrätz	63				
Kuttenberg	62				
Pardubitz	77				
Pilsen	34				

Einfach unterstrichen: Sitz der Militär-Territorialcommanden.

Doppelt unterstrichen: Venerische Erkrankungen in 100‰ und darüber.

die für die Hauptstadt ausgewiesene. Sie steigt am Lande in geradezu unverhältnissmässiger Weise. So wird Wien von St. Pölten und Wr.-Neustadt, Graz von Marburg, Innsbruck von Roveredo, Pergine, Riva und Bozen, Zara von Spalato, Prag von Brandeis, Königgrätz, Kuttenberg, Pardubitz, Theresienstadt, Brünn von Iglau, Olmütz, Teschen, Troppau, Znaim, überboten, obzwar in den genannten Städten besonders hohe Ziffern nicht vorkommen. In den Corpsbereichen von Lemberg, Budapest, Pressburg, Kaschau, Temesvár, Hermannstadt, Agram verfolgt man nebst diesem Verhalten am Lande geradezu excessive Verhältnisse. So sind die venerischen Krankheiten in Kaposvár mit 156‰, in Grosskanizsa mit 159‰ vertreten. In Szatmár sind im Mittel jährlich von je 1000 Mann der Garnison sogar 282 venerisch erkrankt, also beinahe ein volles Drittel, und dies wiederholt sich Jahr für Jahr, durch mehr als ein volles Decennium. Doch dies sind noch immer Durchschnittszahlen. Im Weiteren wird sich noch Gelegenheit ergeben, sowohl in einzelnen Truppenkörpern, als auch in einzelnen Garnisonen viel höhere Zahlen kennen zu lernen. Aus der bisherigen Betrachtung gelangt man zu dem allgemeinen, späterhin noch zu erörternden und zu befestigenden Schlusse: Die venerischen Erkrankungen sind am Lande in den Garnisonen extensiver vertreten, als in den Hauptstädten. Man wird kaum fehl gehen, den Grund für dieses Verhalten im Mangel an sanitätspolizeilichen Massregeln zu suchen.

Die Nationalität.

Folgende Infanterie-Regimenter können als Ausdruck einer ungemischten Nationalität angesehen werden.

Deutsche	Nr.	4, 14, 19, 27, 29, 38, 44, 59.
Magyaren	„	46, 60, 68, 69.
Čechen und Slovaken	„	11, 21, 28, 71, 75.
Polen	„	20, 40, 56, 75.
Ruthenen	„	55, 58, 77, 80.
Kroaten	„	53, 78.
Rumänen	„	33, 37, 43, 50, 63, 64.

Die Zahlentabelle 11 gibt für die genannten Regimenter die venerischen Erkrankungen in ‰ des jährlichen Verpflegs-

Tabelle 11.

Jahr	Deutsche	Magyaren	Čechen und Slovaken	Polen	Ruthenen	Kroaten	Rumänen
1875	51	107	32	56	43	37	85
1876	59	106	47	49	46	64	83
1877	.	.	.	.	.	.	.
1878	.	.	.	.	.	.	.
1879	65	69·7	47·1	70·8	61·9	16·6	101·9
1880 1881 1882	59·1	111·1	52·8	68·6	63·7	88·6	93·2
1883	51·8	114·7	61·4	68·9	66·4	57·0	89·2
1884	53·5	127·0	63·5	62·0	60·4	58·7	97·5
1885	48·4	101·2	59·0	57·9	78·0	53·7	88·7
Mittel	55·4	105·2	51·8	61·9	59·9	53·7	87·3

standes. Man ersieht daraus, dass die Nationalitäten an den venerischen Erkrankungen in sehr verschiedener Weise betheiligt sind. So erkranken jährlich von je 10.000 Mann unter den Čechen und Slovaken 518, Kroaten 537, Deutsche 554, Ruthenen 599, Rumänen 873, Magyaren 1052. So findet man bei den Magyaren das Doppelte wie bei den Čechen und Slovaken, gleichzeitig eine Intensität der Ansteckungsfähigkeit, welche bei ihnen sowie bei den Rumänen das Durchschnittsmass der Armee (7%) weitaus überschreitet, ja in einzelnen Jahren beinahe das Doppelte derselben erreicht (Magyaren im Jahre 1884 von je 10.000 Mann 1270 venerisch). Ueber die Extensitätsschwankungen bietet eine interessante Uebersicht die graphische Darstellung, Tafel 3. Es sondern sich danach die Nationalitäten hauptsächlich in 2 Gruppen. In der einen sind Čechen und Slovaken, Deutsche und Polen ziemlich gleichwerthig vertheilt. Diese Gruppe ist gleichzeitig niedriger. Die geringen Extensitätsschwankungen innerhalb derselben bieten eine ziemliche Gewähr für das Festhalten des eingenommenen geringen Percentsatzes. Bei den dieser Gruppe noch angehörigen Ruthenen beobachtet man ein constantes Steigen und bei den Kroaten bedeutende Schwankungen, welche diese

Gewähr in geringerem Grade zu leisten vermögen. Die bedeutend extensivere Gruppe bilden die Rumänen und Magyaren. Erfreut sich die Extensität bei Ersteren einer gewissen Stetigkeit, so ist sie bei den Magyaren wie bei den Kroaten excessiven Schwankungen unterworfen, welche sich insgesammt über dem Durchschnittsniveau der Armee halten.

Stellen wir uns demgemäss die Frage, welche Nationalitäten würden der Gefahr einer venerischen Infection die sicherste Widerstandsfähigkeit entgegensetzen, so haben wir verschiedene Gruppen zu unterscheiden. In der einen, der stabilsten und gleichzeitig am wenigsten infectionsfähigen, sind die Deutschen, Polen, Čechen und Slovaken. Weniger stabil Ruthenen und Kroaten. Dann folgen als weniger widerstandsfähig aber stabil die Rumänen und schliesslich als geradezu widerstandslos bei starker Unstetigkeit die Magyaren. Dieses Verhältniss der nationalen Disposition wird man stets im Auge behalten müssen, wenn an die Truppen noch andere Umstände herantreten, welche die Extensität der venerischen Erkrankungen zu beeinflussen vermögen. Man sieht, die nationale Disposition zu venerischen Erkrankungen steht im genauesten Einklang mit dem nationalen Charakter. Ihn näher auseinander zu setzen, wäre nicht am Platze. Genug daran, dass ein Ueberblick der besprochenen Skizze des Studiums eines langen Capitels der Völkerpsychologie enthebt.

Disposition der Waffe.

Jenen Einfluss, welchen eine Waffengattung auf das Anwachsen oder auf die Hemmung des Auftretens venerischer Erkrankungen ausübt, nennen wir in unserem Falle deren Disposition. Die Möglichkeit ihn auszuüben, ist auf verschiedene Weise gegeben: durch die Gewährleistung einer gewissen dienstfreien Zeit, durch Inanspruchnahme der physischen oder geistigen Kräfte des Mannes etc. Die Zahlentabelle 12 gibt nach Waffengattungen geordnet: 1. den durchschnittlichen Verpflegsstand in den Jahren 1870 bis 1885, 2. die absolute Zahl der venerischen Erkrankungen, 3. die relative Zahl der letzteren berechnet für je 1000 Mann ($^0/_{00}$) des jährlichen Verflegsstandes, soweit dies aus den statistischen Jahrbüchern zu ermitteln ist. Nach den Mittelzahlen

Tabell

			1870	1871	1872	1873	1874	187
Durchschnittlicher Verpflegsstand		Infanterie	141.831	127.953	124.959	129.451	139.463	142.0
		Jägertruppe	18.927	19.504	19.224	19.591	20.363	20.4
		Cavallerie	37.445	43.688	43.504	43.337	43.822	43.8
		Feld-Artillerie	21.111	26.441	25.135	25.770	19.102	19.8
		Festungs-Artillerie . .	7.188				7.095	3.2
		Genietruppe	4.699	5.631	6.388	5.965	5.848	5.8
		Pionnier-Regiment . .	2.631	2.592	2.659	2.786	2.820	2.9
		Sanitätstruppe	1.805	2.336	2.979	3.063	3.060	3.0
		Traintruppe	3.846	2.274	2.692	2.034	2.536	2.5
		Eisenbahn-Regiment .	.	.	.	.	.	.
		Sonstige	11.339	9.860	7.887	8.660	8.477	8.3
		Summe .	250.822	240.289	235.472	240.662	252.586	256.1
Venerische Erkrankungen in	absoluten Zahlen	Infanterie	.	.	.	7.569	7.917	9.17
		Jägertruppe	.	.	.	1.026	865	91
		Cavallerie	.	.	.	2.314	2.268	2.50
		Feld-Artillerie	.	.	.	1.018	871	1.01
		Festungs-Artillerie . .	.	.	.	304	342	40
		Genietruppe	.	.	.	421	414	36
		Pionnier-Regiment . .	.	.	.	185	142	13
		Sanitätstruppe	.	.	.	161	177	19
		Traintruppe	.	.	.	139	141	15
		Eisenbahn-Regiment .	.	.	.	.	.	.
		Sonstige	.	.	.	254	236	38
		Summe .	.	.	.	13.391	13.473	15.24
	‰ des Verpflegsstandes	Infanterie	Max.	.	.	59·5	57	64
		Jägertruppe	.	.	.	52·3	42	45
		Cavallerie	.	.	.	53·4	52	57
		Feld-Artillerie	.	49	.	51·3	46	52
		Festungs-Artillerie . .	.		.			
		Genietruppe	.	.	.	70·6	71	63
		Pionnier-Regiment . .	.	44	.	66·4	50	45
		Sanitätstruppe	Min.	.	.	52·6	58	64
		Traintruppe	.	**107**	.	68·4	56	60
		Eisenbahn-Regiment .	.	.	.	.	.	.

2.

1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885
44.270	145.021	187.631	153.011	138.217	139.737	157.622	154.566	147.785	149.839
20.488	20.463	24.491	21.375	19.197	18.910	22.117	17.414	16.424	16.539
43.697	43.797	44.595	44.418	43.810	43.675	43.526	43.426	43.750	43.898
19.968	20.059	21.970	20.411	19.566	19.707	19.965	19.981	19.981	20.604
7.329	7.057	8.772	8.404	7.384	7.435	8.175	7.749	7.215	6.838
5.708	5.672	7.478	7.428	5.560	5.643	5.984	5.382	4.940	5.050
2.880	2.894	4.122	4.129	2.889	2.913	3.065	2.864	2.629	2.652
3.017	2.996	5.281	4.182	3.508	3.376	3.971	3.463	3.499	2.886
2.435	2.393	9.378	8.530	4.158	3.296	4.109	3.838	3.185	3.146
.	.	.	.	.	.	.	371	904	915
8.643	8.633	10.117	9.911	9.881	9.555	9.922	10.146	10.263	11.649
58.435	258.985	233.835	281.799	254.170	254.247	278.456	269.200	260.575	263.986
0.282	10.326	.	.	10.790	11.562	12.008	11.681	11.157	10.541
959	1.024	.	.	1.031	1.139	1.166	953	913	843
2.466	2.560	.	.	2.642	2.527	2.611	2.740	2.606	2.589
1.291	1.450	.	.	1.591	1.688	1.744	1.620	1.684	1.660
523	518	.	.	586	662	716	543	557	417
429	433	.	.	542	618	556	494	496	398
239	213	.	.	290	245	263	200	201	200
225	252	.	.	339	351	385	327	311	363
161	136	.	.	455	357	340	301	290	247
.	.	.	.	.	.	.	86	155	134
421	411	.	.	988	934	719	787	776	825
6.996	17.323	24.424	22.948	19.254	20.083	20.508	19.732	19.146	18.217
71	71·2	.	.	78·0	82·8	76·2	75·2	75·4	70·4
47	50·1	.	.	53·7	60·2	52·7	54·7	55·5	51·0
56	58·5	.	.	60·3	57·8	60·0	60·0	59·1	59·0
65	72·3	.	.	81·3	85·6	87·4	81·0	84·2	80·1
71	73·4	.	.	79·4	89·1	87·6	70·0	77·2	61·0
75	76·3	.	.	97·5	**109·5**	92·9	91·7	**100·4**	78·8
83	73·6	.	.	**100·4**	84·1	85·8	69·8	76·4	75·4
75	84·1	.	.	96·6	**104·0**	97·0	94·4	88·8	**125·8**
66	56·8	.	.	**109·4**	**108·3**	82·8	78·1	91·0	79·3
.	.	.	.	.	.	.	**231·8**	**171·5**	**146·4**

der Extensität lassen sich die Waffengattungen in eine nebenan folgende Scala (Tabelle 13) zusammenstellen. Sie zerfällt in drei natürliche Gruppen. Die erste Gruppe umfasst die Jäger und die Cavallerie. Sie erheben sich in keinem Jahre zum Durchschnittsniveau der Armee (7%). Auch deren Extensitätsschwankungen sind, wie aus der graphischen Darstellung, Tafel 3,

Tabelle 13.

Scala der venerischen Erkrankungen nach Waffengattungen	
Von je 10.000 Mann erkranken jährlich	
Jägertruppe	529
Cavallerie	587
Festungs-Artillerie	701
Infanterie	728
Pionnier-Regiment	738
Feld-Artillerie	788
Traintruppe	810
Genietruppe	882
Sanitätstruppe	994
Eisenbahn-Regiment	1832

ersichtlich, sehr gering, bei der Cavallerie noch stabiler als bei der Jägertruppe. Die zweite Gruppe baut sich bereits über dem Durchschnittsniveau der Armee auf. Am stabilsten, wenn auch nicht am tiefsten, hält sich in ihr die Infanterie. Noch sind bei ihr die venerischen Erkrankungen nur einmal (im Jahre 1881) über 80‰ gestiegen. Viel unstätiger, besonders in den letzten Jahren, erweist sich die Artillerie. Besonders bei der Festungsartillerie findet man seit 1882 einen raschen Abfall unter das Niveau des Gesammtdurchschnittes der Armee. Alle bisher genannten Waffengattungen werden an Unstätigkeit übertroffen von den technischen Truppen und der Traintruppe, welche insgesammt eine ziemlich geschlossene Abtheilung bilden. In der dritten Gruppe, welche das Eisenbahnregiment und die Sanitätstruppe

umfasst, begegnet man nicht nur im Allgemeinen besonders hohen, sondern manchmal geradezu excessiven Zahlen. Das Eisenbahnregiment ist erst eine Errungenschaft von wenig Jahren. Die kargen Beobachtungen, welche über dasselbe zur Verfügung stehen, können daher nicht als massgebend erachtet werden. Soviel aus denselben zu ersehen ist, besteht die begründete Hoffnung auf eine Besserung der Verhältnisse, sobald eine gewisse Consolidirung dieser vortrefflichen Truppe eingetreten sein wird. Dafür spricht der rasche Abfall von 23 auf 17 und schliesslich auf $23^0/_{00}$. Während im Jahre 1883 ein Viertel des Verpflegsstandes den venerischen Erkrankungen erlag, so fiel denselben im folgenden Jahre nur noch ein Sechstel zum Opfer, und im Jahre 1885 ein Siebentel, d. h. binnen 3 Jahren hat sich der procentuelle Antheil venerischer Erkrankungen auf die Hälfte vermindert.

Anders sind die Zustände bei der Sanitätstruppe. Sieht man ab vom Eisenbahnregimente, so hat sie den höchsten Procentsatz venerischer Erkrankungen unter allen Truppengattungen im Heere. Seit dem Jahre 1874 besteht mit Ausnahme einer kurzen Pause ein stetiges Steigen. Bereits 1876 wurde das Durchschnittsniveau des Heeres überschritten. Im Jahre 1873 sind von je 10.000 Sanitätssoldaten 526 venerisch krank gewesen, im Jahre 1885 hat sich die Zahl dieser Erkrankungen auf 1258 von je 10.000 vermehrt, hat sich also mehr als verdoppelt. Eine Decimirung hätte unter je 10.000 Mann nur 1000 dahin gerafft. Die venerischen Krankheiten haben unter der Sanitätstruppe ärger gehaust, als eine Decimirung. Nach dem beobachteten Gange besteht die Befürchtung, dass dieses Steigen ein Ende noch nicht erreicht habe. Hiebei darf man nicht ausser Acht lassen, dass diese Truppe im Jahre 1870 sich durch das Minimum venerischer Erkrankungen auszeichnete.

Es ist klar, dass die Stetigkeit in den Extensitätsschwankungen der venerischen Krankheiten für die Disposition der Waffe einen ganz entgegengesetzten Ausschlag bedeutet, wenn das Mittel derselben hoch oder nieder sich stellt. Demgemäss wird man die Disposition der Cavallerie für gering ansehen müssen, da deren Extensität stets tief ist. Hierauf folgen die Fusstruppen. Die günstigste Disposition bietet dann die Sanitätstruppe mit einem gleichzeitig hohen und stetig ansteigenden Procentsatze.

Die einzelnen Truppenkörper.

Myrdacz hat sich der dankbaren Aufgabe unterzogen, für die Jahre 1873—82 eine grosse Reihe von Erkrankungen bei einzelnen Regimentern in ‰ des durchschnittlichen Verpflegsstandes zu berechnen. Daraufhin ist die Zahlentabelle 14 basirt und durch Angaben der statistischen Jahrbücher ausführlicher illustrirt. Es bedarf hiebei allerdings einiger Beschränkung, um den allgemeinen Rahmen der Arbeit nicht zu überschreiten. Diese Betrachtungen werden manche früher hervorgehobenen Punkte erläutern und erhärten.

Tabel

Jäger-Bataillone						Infanteri					
Tiroler		Feldjäger				Nr.	‰	Nr.	‰	Nr.	‰
Nr.	‰	Nr.	‰	Nr.	‰						
						1	66	21	42	41	7
Stab BC	45	1	59	18	35	2	107	22	69	42	11
1	23	2	85	19	27	3	73	23	90	43	6
2	27	3	28	20	28	4	101	24	52	44	7
3	39	4	65	21	79	5	117	25	62	45	3
4	18	5	43	22	42	6	80	26	55	46	10
5	37	6	32	23	103	7	47	27	52	47	4
6	41	7	26	24	47	8	59	28	52	48	8
7	35	8	38	25	23	9	48	29	88	49	6
		9	52	26	50	10	56	30	64	50	8
		10	50	27	42	11	49	31	65	51	11
		11	43	28	111	12	71	32	94	52	7
		12	71	29	45	13	67	33	104	53	4
		13	58	30	89	14	44	34	74	54	6
		14	42	31	43	15	52	35	49	55	6
		15	43	32	59	16	31	36	64	56	8
		16	81	33	29	17	41	37	89	57	4
		17	100			18	55	38	85	58	6
						19	107	39	88	59	3
						20	56	40	58	60	10

a) Die Fusstruppen. Die Jägertruppe hat unter allen Waffengattungen das geringste jährliche Promille venerischer Erkrankungen: 529 : 10.000. Das Tiroler Jäger-Regiment erhebt sich in keinem Bataillon über 45‰. Auch unter den 33 Feldjäger-Bataillonen findet man $^2/_3$, bei denen das jährliche Mittel 50‰ nicht überschreitet, andere 9 bewegen sich zwischen 52 und 89‰. Diese günstigen allgemeinen Verhältnisse sind bedingt einmal durch den nationalen Charakter — die Jägertruppe ist vorwiegend deutsch oder slavisch — das andere Mal durch die Dislocationsverhältnisse, welche diese Truppe

il.

…egimenter		Cavallerie						Feld-Artillerie	
		Dragoner-		Hussaren-		Uhlanen-			
		Regimenter							
Nr.	‰	Nr.	‰	Nr.	‰	Nr.	‰	Nr.	‰
61	94								
62	93								
63	90	1	55	1	65	1	59	1	64
64	90	2	28	2	56	2	41	2	59
65	96	3	49	3	79	3	40	3	87
66	66	4	36	4	79	4	59	4	67
67	53	5	49	5	87	5	47	5	81
68	88	6	46	6	87	6	32	6	63
69	102	7	34	7	81	7	48	7	52
70	81	8	47	8	79	8	19	8	61
71	48	9	61	9	79	9	—	9	111
72	40	10	45	10	114	10	—	10	74
73	67	11	48	11	61	11	37	11	61
74	66	12	38	12	81	12	57	12	55
75	38	13	53	13	58	13	42	13	58
76	66	14	48	14	57				
77	49			15	51				
78	83			16	79				
79	29								
80	52								

meist auf die westliche Reichshälfte, und hier in Gebirgsgegenden oder kleine, vom Verkehr nicht stark beeinflusste Garnisonen verweisen. Dass, und wie unter Umständen die venerischen Erkrankungen die excessive Höhe von bis 200‰ erreichen, und andererseits wieder gedämpft werden können, zeigt sich in lehrreicher Weise bei einigen Bataillonen. Nr. 4 lag bis zum Jahre 1878 in Czernowitz. Hier sind die venerischen Erkrankungen überhaupt mit 121‰ verbreitet (vergl. das Capitel über örtliche Verbreitung). Demgemäss traten sie auch beim Bataillon excessiv auf: 1872 mit 157‰. 1878 begann für das Bataillon die Wanderzeit. Es wurde zuerst nach Znaim verlegt, dann ins Occupationsgebiet, kam 1879 zurück nach Znaim, 1880 nach Brünn, 1882 nach Jaroslau. Von dem Momente, wo es Czernowitz verliess und beweglich wurde, hörten die excessiven Zahlen auf. Das Bataillon Nr. 11 hat bis 1874 in St. Pölten nur einmal, und zwar im Jahre 1871 die 100‰ überschritten. 1875 wurde es nach Budua übersetzt, lag dann 1876 bis 1877 hier und in Castellastua, 1878 im Occupationsgebiet, kam 1879 nach Wien, 1881 nach Wr. Neustadt, 1882 nach Raab. Während dieser Wanderjahre hielten sich die venerischen Erkrankungen stets auf niedriger Stufe. In Raab, einer Garnison mit 83‰, schnellen sie plötzlich in die Höhe, und erreichen 1885 bereits 201‰. Das Bataillon Nr. 17 lag bis 1874 in Stanislau. Es erreichte hier, wo das Mittel der venerischen Erkrankungen für die Garnison jährlich 92‰ beträgt, im Jahre 1871 bereits über 100‰, 1873 schon 132 und 1874 123‰. Im Jahre 1875 wurde es verlegt und sofort sank das Promille auf 118‰. Im Jahre 1876 kam es nach Teschen, 1882 nach Brünn, ohne mehr excessive Höhen aufzuweisen. Die Bataillone Nr. 23 und 28 lagen von 1873 bis 1882 beinahe nur in Szt. Udvarhely, Hermannstadt und M. Vasarhely, Garnisonen, in welchen auch bei anderen Truppen überaus hohe Zahlen vorherrschen. Hat doch Udvarhely ein Promille von 121. Demgemäss sehen wir auch das mittlere Verhältniss der jährlichen venerischen Erkrankungen dieser Bataillone die excessiven Zahlen 103 und 111 aufweisen. Das Bataillon Nr. 30 lag jahrelang, bis 1877 in Brody. Diese Stadt hat 86‰. Es stiegen auch die venerischen Erkrankungen des Bataillons 1871 bereits über 100 und erreichten 1873 schon 130‰. 1878 brachte für das Bataillon die Periode des Wanderns:

zuerst nach Stanislau, 1880 nach Jaroslau, 1882 wieder nach Brody, und abermals sank das jährliche Promille, obzwar Stanislau als Garnison 92‰ venerischer Erkrankungen aufweist. Aus dieser etwas eingehender erörterten, weil sehr lehrreichen Sachlage, geht hervor:

Ein Truppenkörper, welcher zu venerischen Erkrankungen nicht neigt, zeigt sofort ein excessives Verhalten, wenn er längere Zeit in Garnisonen liegt, wo örtliche Verhältnisse Gelegenheit hiezu bieten. Weder die nationale Disposition, noch erschwerte Verhältnisse des socialen Verkehres bieten eine Gewähr, jenes Ansteigen nicht aufkommen zu lassen oder zu unterdrücken, wenn bei günstiger localer Disposition gleichzeitig die Disposition der Waffe einen Vorschub leistet. Die excessiven Zahlen werden sofort herabgesetzt, wenn eine Verlegung in eine sterilere Garnison eintritt, oder wenn der Truppenkörper nur kurze Zeit in Orten verweilt, welche an und für sich zur Erwerbung venerischer Krankheiten Gelegenheit bieten.

Die Infanterie hat im Gesammtdurchschnitt ein jährliches Promille von 72·8. Unter den ausgewiesenen 80 Regimentern (mittlerweile ist deren Zahl auf 102 gestiegen) gibt es 17, das ist etwas weniger als ein Viertel mit einem geringeren Satze als 50 venerische Erkrankungen bei 1000 Mann jährlich. Die excessiven Zahlen betreffen 10 Regimenter, d. i. ein Achtel. Die Jägerbataillone hatten deren $\frac{3}{33} = \frac{1}{11}$ ausgewiesen. Schon hieraus ist der Schluss erlaubt: Die Infanterie-Regimenter neigen noch stärker als die Jäger-Bataillone zu excessiven Zahlen venerischer Erkrankungen. Die Dislocationsorte jener hervorgehobenen Regimenter waren: Agram, Arad, Budapest, Erlau, Fogaras, Grosswardein, Josefstadt, Karlstadt, Kaschau, Klausenburg, Komorn, Korneuburg, Krakau, Kronstadt, Miskolcs, Peterwardein, Pressburg, Raab, Stuhlweissenburg, Szatmar, Szegedin, Theresienstadt, Wien, lauter Garnisonen, welche mit Bezug auf venerische Krankheiten sattsam bekannt sind. Auch hier, wie bei den Feldjäger-Bataillonen, trifft man dieselben Verhältnisse

des Steigens und Fallens der Intensität. Den Einzelnachweis werden wir unterlassen, um Weitläufigkeiten zu vermeiden und nur besonders auffallende Umstände erwähnen. Zwei Regimenter betheiligten sich mit hervorragend excessiven Zahlen. Nr. 51 im Jahre 1879 mit 205‰ in Grosswardein, Nr. 60 im Jahre 1876 mit 251‰ in Erlau. Demnach steigt die Extensität der venerischen Erkrankungen bei einzelnen Infanterie-Regimentern derart, dass bis ein Viertel derselben jährlich venerisch erkrankt.

In noch höherem Grade als die Infanterie-Regimenter litten deren Reserve-Commanden. Die Tabelle 15, welche die Reserve-Commanden ausweist, bei denen die Zahl venerischer Erkrankungen im Jahre 100‰ des durchschnittlichen Verpflegsstandes überschreitet, weist bei mehr als einem Drittel aller Reserve-Commanden excessive Verhältnisse auf. Bei zahlreichen wird in einzelnen Jahren 200‰ überschritten, ja es steigt hier das Promille bis 335‰. Dies entspricht mehr als einem Drittel des Verpflegsstandes, welches in einem Jahre venerischen Affectionen zum Opfer fiel.

Gegen die berittenen weisen die Fusstruppen unvergleichlich häufiger und unvergleichlich höhere Zahlen von excessivem Charakter auf, und zwar sowohl im Mittel der Jahre, als auch in einzelnen derselben. Die Ursache dafür kann nur in den Verhältnissen der Waffe liegen, welche den Fusstruppen mehr freie Zeit gewährt, eine Zeit, die allerdings nicht immer entsprechend ausgenützt wird, wie männiglich bekannt und auch aus den angeführten Zahlen hervorgeht. Bei den Reserve-Commanden gesellt sich dazu noch der Umstand, dass die Mannschaft meist im Heimatsorte oder doch wenigstens im Heimatslande dienend, mit der Bevölkerung im innigen Verkehr steht. So summirt sich hier die Disposition der Waffe, der Nationalität und des Verkehrs und bedingt die höchstbeobachteten Zahlen.

b) Die berittenen Truppen. Die 41 Cavallerie-Regimenter weisen nur ein einziges auf, dessen jährliches Mittel den Gesammtdurchschnitt der Waffe (58·7‰) doppelt übertrifft. Es ist dies das Hussaren-Regiment Nr. 10. Ueberhaupt sind es vorwiegend Hussaren-Regimenter, bei welchen excessives Anwachsen

Tabelle 15.

Reservecommando des Infanterie-Regiments Nr.	Garnisonsort	1872	1873	1874	1875	1876	1877, 1878	1879
5	Szatmar	156	.	191	**242**	**355**	Für 1877, 1878 in den statistischen Jahrbüchern nicht ausgewiesen.	.
6	Neusatz	125	166	.	.	.		.
12	Komorn	.	.	.	.	104		.
28	Prag	113	.	.	.	.		.
29	Gr.-Becskerek . .	.	.	164	123	182		**201**
25	Losoncz	109	.	.	.	111		177
32	Budapest	119	118	120	.	138		.
33	Arad	.	.	.	102	164		**216**
36	Jungbunzlau . . .	138	.	.	.	.		.
37	Grosswardein . .	.	.	.	135	135		**222**
39	Debreczin	123	.	.	149	141		.
41	Czernowitz . . .	.	.	139	110	159		**206**
44	Kaposvar	.	133	160	175	146		87
46	Szegedin	.	.	.	155	152		.
48	Gr.-Kanizsa . . .	.	**240**	132	**218**	177		.
51	Klausenburg . . .	.	.	.	111	.		.
58	Stanislau	.	.	.	120	.		.
60	Ungvar	171	.	.	.	.		.
61	Temesvár	.	.	.	157	118		.
63	Bistritz	.	.	.	.	.		188
64	Broos	.	.	.	180	111		.
68	Szolnok	.	.	.	116	106		.
69	Stuhlweissenburg .	.	132	122	**214**	**221**		.
67	Eperies	109	.	.	.	.		.
65	Munkacs	**223**	.	132	161	103		.
70	Peterwardein . .	.	.	.	141	144		.
74	Jičin	170	.	.	.	.		.
78	Esseg	.	.	.	.	116		.

Fett unterstrichen: Venerische Erkrankungen in 200‰ des Verpflegsstandes und darüber.

beobachtet wird. Im Verlaufe der wenigen hier in Betracht kommenden Jahre betheiligte sich daran die Hälfte der Regimenter, wie nebenan ausgewiesen ist (Tabelle 16).

Tabelle 16.

Beim Hussaren-Regiment Nr.	Im Jahre	Unter je 1000 Mann venerisch erkrankt	in
3	1874	101	Mediasch
4	1873	131	Keszthely
	1874	111	
6	1876	114	Kaschau und Gyöngyös
7	1875	118	Fünfkirchen
8	1875	120	Kecskemet und Tolna
9	1875	103	Stuhlweissenburg
	1876	185	
10	1883	180	M. Theresiopel
12	1873	101	Rzeszów

Unter den Uhlanen-Regimentern verzeichnet nur Nr. 12 in Maria-Theresiopel im Jahre 1875 die excessive Höhe von 113°/₀₀. Bei den Dragoner-Regimentern kommen excessive Zahlen überhaupt nicht vor. Eines derselben, das Dragoner-Regiment Nr. 2, zeigt sogar einen Procentsatz, der unter demjenigen eines jeden Regiments der Armee steht (28°/₀₀). Venerische Erkrankungen gehören bei diesem Regiment geradezu zu den sensationellen Ereignissen. Allerdings summiren sich hier alle günstigen Einflüsse: Die geringe nationale Disposition, der Einfluss der Waffe, die Dislocationsverhältnisse. Das Regiment lag bis 1873 in Wels, kam in diesem Jahre nach Stockerau, 1875 nach Wien, 1876 nach Oedenburg, 1884 nach Wiener-Neustadt. In all diesen Garnisonen entbehrte die meist tschechische Mannschaft fast jeden Contact mit der Civilbevölkerung.

Ueberblicken wir nochmals kurz die Cavallerie. Wir sehen den allgemeinen Satz der venerischen Erkrankungen niedrig: Einfluss der Waffe. Die Dienstzeit des Cavalleristen spinnt sich ja

entweder zu Pferd oder im Stalle ab. Die freie Zeit ist dem Manne möglichst karg zugemessen, dafür die Ansprüche an sein physisches Leistungsvermögen möglichst hoch. Wir sehen weiters die Zahlen excessiv steigen bei den magyarischen Hussaren-Regimentern in Ungarn — Einfluss der nationalen Disposition und gleichzeitig der örtlichen Verhältnisse trotz der geringen Disposition der Waffe. Wir sehen ihn aber auch ansteigen, allerdings nicht allzu hoch, beim magyarischen Hussaren-Regiment Nr. 12 in der galizischen Stadt Rzeszów — überwiegender Einfluss der örtlichen Verhältnisse, gestützt durch die nationale Disposition, trotz des Druckes der Waffe und der Hindernisse intimeren Verkehrs im fremdsprachigen Lande. Andererseits sehen wir die polnischen Uhlanen-Regimenter in Galizien mit einem geringen Procentsatze, trotz der unterstützenden örtlichen Verhältnisse und der Möglichkeit des Verkehrs — überwiegender Einfluss der Waffe und der geringen nationalen Disposition. Nur einmal erreicht ein Uhlanen-Regiment in Maria-Theresiopel eine grössere Höhe — ausschlaggebender Einfluss der örtlichen Verhältnisse trotz geringer nationaler Disposition, drückender Wirkung der Waffe und beschränkten socialen Verkehrs. Aus all dem ersieht man, dass es vor Allem die örtlichen Verhältnisse sind, welche einem excessiven Anwachsen von venerischen Krankheiten Vorschub leisten und dieselbe zum Ausbruch treiben, trotz geringer nationaler Disposition der Truppe, trotz des Einflusses der Waffengattung und trotz aller Verkehrshindernisse. Dieser Schluss ist für unsere ganze Frage von wichtigster Bedeutung. Derselbe weist nach, dass man als Urquelle aller venerischen Erkrankungen in der Armee die örtlichen Verhältnisse anzusehen hat. Hier ist der Angelpunkt, von wo aus die Venerie bekämpft und beherrscht werden muss.

Die Garnison von Wien.

In den Jahren 1873 bis 1882 erkrankten nach Myrdacz in Wien bei einem durchschnittlichen Verpflegsstande der Garnison von 10.695 Mann jährlich im Mittel unter je 1000 nur 55 an venerischen Affectionen. Zufolge einer auf Ansuchen des Wiener Gemeinderaths-Präsidiums demselben übermittelten Zusammen-

stellung (vergl. Schrank a. a. O. II. S. 340), welche nebenan wiedergegeben ist (Tabelle 17), erkrankten im Mittel der Jahre 1872 bis 1881 jährlich unter je 1000 Mann an primären venerischen Formen 63·8, an secundären 14, an beiden 78 Mann. Das

Tabelle 17.

In der Wiener Garnison erkrankten an Venerie von je 1000 Mann			
im Jahre	an primären Formen	an secundären Formen	an beiden
1872	41	21	62
1873	44	12	56
1874	55	14	69
1875	62	15	77
1876	77	14	92
1877	81	10	91
1878	90	19	109
1879	77	14	91
1880	56	9	65
1881	55	12	68
Mittel	63·8	14·0	78

Detail dieser Verhältnisse, sowie andere zum Vergleiche herangezogene Verhältnisse illustrirt die graphische Darstellung Tafel 7.

In derselben sind die venerischen Erkrankungen in der Wiener Garnison, der ganzen Armee und im Militär-Territorialbezirke (Corpsbereich) von Wien für die Jahre 1872 bis 1881 gleichzeitig dargestellt. Es ist daraus zu ersehen: 1. Die Extensität der venerischen Erkrankungen in der Wiener Garnison war bis zum Jahre der Weltausstellung, 1873, gering und nicht viel höher als im Mittel für die ganze Armee. Nach der Weltausstellung stieg sie rapid durch 3 Jahre, worauf ein kleiner Rückschlag erfolgte. Er hatte die Tendenz zum Sinken, wurde daran jedoch durch das Occupationsjahr 1878 gehemmt, nach welchem dann ein rasches Sinken platzgriff. 2. Die Extensität der venerischen Erkrankungen in Wien steigt und sinkt ziemlich gleichzeitig mit

deren Verhalten in der Umgebung Wiens (Corpsbereich) sowie im ganzen Heere. 3. Die Höhe dieser Intensität in der Garnison von Wien steht in keinem Zusammenhange mit derjenigen der Umgebung oder der Armee. Obzwar stets höher bleibend als im Corpsbereiche, ist die Extensität in Wien seit 1873 bis 1878 schneller gewachsen als in der Armee, ist dann abermals schneller gesunken und 1880 sogar unter das Durchschnittsniveau des Heeres gefallen. 4. Daraus ergibt sich eine grössere Beweglichkeit der Extensitätsschwankungen in der Wiener Garnison, es müssen also auch die Elemente, welche dieses Schwanken bedingen, andere sein als im Corpsbereiche und im ganzen Heere.

(Wie viele der Erkrankten bei der Truppe behandelt wurden, konnte ich leider nicht feststellen, demgemäss auch nicht das Verhältniss der Abgabe Venerischer an Heilanstalten zur Stärke der Garnison. Ueber letztere liegen nur spärliche Daten vor. Seit 1873 weisen leider die statistischen Jahrbücher nicht mehr die Stärke der Garnisonen aus, welche an Heilanstalten Erkrankte abgaben, obzwar gerade dieser Punkt für die Topographie von hohem Interesse ist. Bis zur genannten Zeit betrug die Garnison in Wien im Jahre 1870 24.266 Mann
1871 24.568 „
1872 23.625 „ und dann
1880 20.703 „ zufolge der Volkszählung vom
31. December letztgenannten Jahres. Diese Angaben sind zu spärlich, um hier entsprechend verwerthet zu werden.)

Ueber die Anzahl der Venerischen in den beiden Garnisonsspitälern Wiens unterrichtet Zahlentabelle 18.

Es betrug demnach in den 16 Jahren 1870 bis 1885 der Gesammtabgang an Kranken 153.998 Mann, darunter 20.601 Venerische, jährlich unter 9624·875 in Abgang gekommenen Kranken 1287·562. Demgemäss waren jährlich unter je 1000 Kranken 133 venerisch, also etwa ein Siebentel. Die jährliche Betheiligung der venerischen Krankheiten im Gesammtkrankenstande (Abgang) der beiden Garnisonsspitäler versinnlicht die graphische Darstellung Tafel 4.

Es ist dort gleichzeitig das Verhalten der Venerie im ganzen Heere eingezeichnet. Man sieht daraus, wie in den Militär-Heilanstalten überhaupt die Zahl der Venerischen seit dem Jahre 1871

zunimmt, so steigt sie auch in den Garnisonsspitälern in Wien, und ist daselbst beinahe mit derselben Stärke vertreten. Die Extensitätsschwankungen haben gegen diejenigen der gesammten Heilanstalten einen vollkommen selbstständigen Charakter, welcher sich in energischer Beweglichkeit kundgibt. Das Verhalten der einzelnen venerischen Erkrankungsformen geben die weiteren Colonnen der Zahlentabelle 18.

Es sind daselbst erstens die absoluten Zahlen angeführt. Demgemäss befanden sich in den Garnisonsspitälern Wiens alljährlich 559·87 Fälle von Tripper, 360·25 weiche Geschwüre (Schanker), 110 harte Geschwüre (syphilitische Initialformen), 245·31 Fälle von allgemeiner Syphilis, Summa 1275·43. Eine weitere Colonne gibt das Verhältniss der einzelnen venerischen Erkrankungsformen zur Gesammtsumme der jährlichen venerischen Erkrankungen. Diese Colonne ist illustrirt durch die graphische Darstellung Tafel 4.

Aus all dem geht hervor: Unter je 1000 Fällen von venerischen Erkrankungen in den Garnisonsspitälern Wiens befanden sich im Mittel 438 Tripper, 282 weiche Geschwüre, 86 harte Geschwüre, 192 allgemeine Syphilis. Diese Zahlen sind besonders auffallend, wenn man mit ihnen die für das ganze Heer ermittelten (siehe den Abschnitt Militär-Heilanstalten) vergleicht. Es befanden sich in den Spitälern unter je 1000 venerischen Erkrankungen:

	im ganzen Heere		in der Wiener Garnison	
Tripper	463	736	438	720
Weiche Geschwüre	273		282	
Harte Geschwüre	180	263	86	278
Allgemeine Syphilis	83		192	

Es ist also auch in Wien wie im ganzen Heere das Verhältniss der syphilitischen Formen zu den nicht-syphilitischen dasselbe. Es beträgt:

für Wien . . . . 720 : 278 = 2·5 : 1
für das ganze Heer 736 : 263 = 2·7 : 1.

Tripper und weiche Geschwüre treten beinahe in derselben relativen Stärke auf. Hingegen ist das Verhältniss der syphilitischen Formen untereinander geradezu verkehrt. Während im

Tabelle 18.

	Gesammtzahl der in Abgang gekommenen: Kranken überhaupt, Garnisons-Spital Nr. 1	Kranken überhaupt, Garnisons-Spital Nr. 2	Kranken überhaupt, Summe	venerisch Kranken, Garnisons-Spital Nr. 1	venerisch Kranken, Garnisons-Spital Nr. 2	venerisch Kranken, Summe	Unter je 1000 in Abgang gekommenen Kranken waren venerisch	Von den in Abgang gekommenen Venerischen litten an: Tripper	weichen Geschwüren	harten Geschwüren	allgemeiner Syphilis	Summe	Unter je 1000 Venerischen waren: Tripper	weiche Geschwüre	harte Geschwüre	allgemeine Syphilis
1870	7.028	5.812	12.840	981	672	1.661	130·1	437	664	184	376	1.661	263	399	110	226
1871	6.792	5.411	12.203	843	542	1.385	113·4	454	426	140	171	1.191	379	356	117	143
1872	6.061	5.487	11.548	682	422	1.104	95·6	399	284	105	316	1.104	397	282	95	286
1873	6.788	5.032	11.820	746	414	1.160	98·1	446	369	78	267	1.160	384	318	67	230
1874	4.178	4.041	8.219	496	468	964	117·2	454	244	81	185	964	481	253	84	190
1875	4.646	4.982	9.628	442	583	1.025	106·3	467	297	94	167	1.025	455	289	91	163
1876	4.468	5.362	9.830	675	902	1.577	150·4	847	383	164	183	1.577	537	242	104	116
1877	4.217	5.754	9.971	619	1.057	1.676	165·0	884	387	186	219	1.676	527	230	119	130
1878	4.651	5.948	10.599	485	900	1.485	140·9	577	502	120	286	1.485	388	337	80	192
1879	4.738	5.201	9.939	640	1.000	1.640	165·0	675	536	135	294	1.640	411	326	82	179
1880	3.688	4.546	8.234	454	714	1.168	141·8	451	364	95	258	1.168	386	311	81	220
1881	3.780	4.892	8.672	509	747	1.256	144·8	660	283	61	252	1.256	525	225	48	200
1882	3.656	4.132	7.788	618	568	1.186	152·2	544	356	61	225	1.186	458	300	51	189
1883	4.289	3.779	8.068	513	442	955	118·1	506	216	44	189	955	529	226	45	198
1884	4.096	3.459	7.555	648	541	1.189	157·3	557	252	107	273	1.189	469	212	90	229
1885	3.187	3.900	7.087	558	612	1.170	165·0	600	201	105	264	1.170	512	171	89	225
Mittel	.	.	.	.	.	.	.	559·87	360·25	110·00	245·31	1.275·43	438	282	86	192

ganzen Heere die allgemeine Syphilis kaum ein Drittel aller syphilitischen Erkrankungen beansprucht, kommen in Wien mehr als doppelt so viel Fälle von allgemeiner Syphilis gegen die Anfangsformen zur Behandlung. Dieses Verhältniss muss als äusserst ungünstig bezeichnet werden. Tripper und weiche Geschwüre zeigen auch hier, wie dies im Allgemeinen beobachtet wird (siehe die graphische Darstellung Tafel 4, vergleiche die graphische Darstellung Tafel 6 und das hiezu im Abschnitt „Militär-Heilanstalten“ Bemerkte), jene merkwürdigen antagonistischen Schwankungen: Nehmen die einen zu, so nehmen die andern ab und umgekehrt.

Eine hochinteressante Erweiterung unserer Aufgabe bestände in einem Vergleiche der speciellen sanitären Verhältnisse in der Armee mit denen unter der Civilbevölkerung. Eine bedeutende Reihe principieller Fragen würde dadurch bald zum Abschlusse gebracht. Leider liegt die Statistik sanitärer Verhältnisse im Civile noch sehr danieder. Einerseits ist eine erschöpfende Sammlung des Materials beinahe ein Ding der Unmöglichkeit, andererseits hat man erst seit einer kurzen Reihe von Jahren an einzelnen Orten an eine nur annähernd zureichende Anbahnung der einschlägigen Fragen gedacht. Speciell für Wien liegt jedoch ein immerhin so verwendbares Material vor, dass ein Vergleich der sanitären Verhältnisse der Garnison und der Civilbevölkerung eines Versuches werth ist, wenn dieselbe auch nicht gestattet, das Thema allseitig zu beleuchten. Schrank (a. a. O.) gibt die Anzahl der Venerischen, welche in den Civilheilanstalten und Ambulatorien von Wien behandelt wurden. Wie nebenan (Tabelle 19) ausgeführt, berechnen wir, dass im Mittel der Jahre 1879 bis 1884 jährlich behandelt wurden an venerischen Krankheiten 5031 Männer, 2057 Weiber, 7088 im Ganzen.

Laut Volkszählung vom 31. December 1880 hat Wien 1,083.645 Einwohner ohne die Garnison. Für 1887 berechnen die officiellen Sanitätsausweise die Bevölkerung mit 790.381 Personen. An Cölibatären (ledige, verwitwete und geschiedene Männer vom abgelaufenen 19. bis zum 60. und ebensolche weibliche Personen vom abgelaufenen 15. bis zum 50. Lebensjahre) ermittelte die Volkszählung 98.946 Männer, 145.809 Weiber. Nimmt man den durchschnittlichen Stand der Civilbevölkerung mit rund einer

Million an und zieht die vorher berechnete Durchschnittszahl von 7088 in Betracht, so ergibt sich, dass von je 1000 Einwohnern in Wien nur 7 jährlich in Civilspitälern an venerischen Krankheiten behandelt wurden, eine Zahl, welche gegen die der Garnison weit zurücksteht. Die Sache gestaltet sich jedoch anders, wenn man behufs eines gleichwerthigen Vergleichs nur die männlichen Cölibatäre berücksichtigt und annimmt, dass die 5031 Männer, welche wegen venerischer Krankheiten in den Heilanstalten Hilfe

Tabelle 19.

Die in den Civilheilanstalten und Ambulatorien von Wien behandelten Venerischen			
Jahr	Männer	Weiber	Summe
1879	5.658	2.449	8.107
1880	4.826	2.191	7.017
1881	5.117	2.196	7.313
1882	4.963	1.920	6.883
1883	4.676	1.800	6.476
1884	4.947	1.790	6.737
Summe	30.187	12.346	42.533
Mittel	5.031·16	2.057·6	7.088·833

suchen, sämmtlich ledig, verwitwet oder geschieden waren, was bis auf wenige Ausnahmen, die kaum in Betracht kommen, auch zutreffen dürfte. Dann haben wir es mit 98.946 männlichen Cölibatären zu thun, von denen 5031, das ist 50·84$^{0}/_{00}$ oder unter je 1000 Cölibatären etwa 50, welche wegen venerischer Krankheiten jährlich in Civilheilanstalten behandelt wurden. Bedenkt man, dass es doch nur der wenig bemittelte Theil der Bevölkerung ist, welcher die Aufnahme in Heilanstalten sucht, so wird man kaum fehlgehen, wenn man annimmt, dass ein Drittel der venerischen Cölibatäre privatim behandelt werde, woraus dann hervorgehen würde, dass unter den männlichen Cölibatären in Wien die venerischen Krankheiten jährlich je 75 von 1000 ergreifen. Nun fanden

wir für die Garnison allein 55 beziehungsweise 78‰ (siehe oben), im Mittel einer längeren Beobachtungsreihe dürfte sich demgemäss kaum mehr als 75‰ ergeben, woraus hervorgehen würde, dass die venerischen Erkrankungen unter den männlichen Cölibatären der Civilbevölkerung sowie in der Garnison ziemlich gleich hoch vertreten sind. Nun gründet sich diese Berechnung allerdings auf nur wenige Daten, deren Resultat könnte demgemäss nur allzuleicht gerechte Anfechtungen erleiden.

Tabelle 20.

In den drei öffentlichen Krankenhäusern in Wien waren unter je 1000 Kranken			
im Jahre	Venerische	im Jahre	Venerische
1871	104	1878	155
1872	111	1879	151
1873	136	1880	137
1874	150	1881	130
1875	140	1882	126
1876	152	1883	111
1877	143	1884	120
		Mittel .	133·3

Dennoch glaube ich nicht, dass ausführlichere Zahlenreihen ein bedeutend geändertes Ergebniss liefern werden, weil folgende Berechnung zu ähnlichen Schlüssen führt. Sie stützt sich auf das Verhältniss der Venerischen zu den übrigen Kranken in Heilanstalten. Die obenstehende Tabelle 20 gibt das procentuelle Verhältniss der Venerischen zur Gesammtaufnahme in den drei öffentlichen Krankenhäusern Wiens. Demgemäss befanden sich daselbst jährlich unter je 1000 Kranken 133 Venerische. In den beiden Garnisonsspitälern kamen jedoch (siehe S. 133) im Mittel der Jahre 1870 bis 1884 unter je 1000 Kranken ebenfalls 133 Venerische vor. Das ist sicher eine ganz auffallende Uebereinstimmung. Demgemäss ist der Antheil der venerischen Krankheiten in den zwei Garnisonsspitälern derselbe wie in den drei öffentlichen Civilspitälern.

Recht interessant gestalten sich dann die jährlichen Schwankungen der venerischen Krankheiten im Krankenstande der besprochenen Heilanstalten.

Sie sind in der graphischen Darstellung, Tafel 4, übersichtlich wiedergegeben, und zwar sind dort sowohl die drei öffentlichen Civilspitäler als auch die beiden Garnisonsspitäler berücksichtigt. Man sieht eine auffallende Uebereinstimmung der Curven, welche besagt, dass die Zuströmung der Venerischen in die Spitäler sowohl in der Civilbevölkerung als auch in der Garnison von denselben Verhältnissen abhängig ist.

Aus dem Gesagten geht hervor: 1. Die venerischen Erkrankungen in der Wiener Garnison zeigen im Allgemeinen keine abnormen Verhältnisse. 2. Bedenklich ist hier nur die relativ starke Zahl von Erkrankungen an allgemeiner Syphilis. 3. In der Garnison und der ledigen männlichen Civilbevölkerung treten die venerischen Krankheiten in gleicher Weise und ziemlich gleicher Zahl auf. 4. Sie stehen in der Garnison unter denselben Einflüssen wie unter der Civilbevölkerung. 5. Die venerischen Erkrankungen sind in der Wiener Garnison stärker vertreten als im Corpsbereiche von Wien.

Dieses im Allgemeinen recht beruhigende Resultat ist dennoch nicht befriedigend. Es wird sich anderen Orts Gelegenheit bieten, darauf noch zurückzukommen. Vorderhand sei nur erwähnt, dass in den Garnisonen anderer Grossstädte die Verhältnisse entschieden günstiger sind, und auch in Wien günstiger sein könnten, in Anbetracht dessen, dass in der Civilbevölkerung die Mittel, venerische Erkrankungen einzuschränken, nur gering sein können, und thatsächlich auch relativ und absolut gering sind, während die Armee über eine Reihe von Repressivmassregeln verfügt, welche immer Besseres erhoffen lassen.

Militärheilanstalten und die venerischen Erkrankungsformen.

Totalübersicht. — Um das Verhalten der einzelnen venerischen Erkrankungsformen genauer zu übersehen, muss man die Ausweise der Heilanstalten studiren, da hier ausführlichere Vormerkungen vorliegen. Man wird umsomehr berechtigt sein, daraus Schlüsse für die ganze Armee zu ziehen, als nur eine geringe Anzahl von Fällen an Heilanstalten nicht abgegeben wird. Man besehe zuerst die Zahlentabelle 21.

Tabelle 21.

	Gesammtzahl der venerischen Erkrankungen im k. k. Heere	In den Heilanstalten behandelte venerische Erkrankungen im Allgemeinen													
		Davon wurden in Heilanstalten behandelt	Summe der in Heilanstalten behandelten Kranken (Abgänge)	Unter je 1000 Kranken waren Venerische	Von den behandelten venerischen Krankheitsfällen entfielen auf					Unter je 1000 vener. Erkrankungen entfielen in den Heilanstalten auf					
					Tripper	weiche Geschwüre	harte Geschwüre	allgem. Syphilis	Summe	Tripper	weiche Geschwüre	harte Geschwüre	allgem. Syphilis	nicht syphilitische Formen	syphilit. Formen
1870	20.574	19.846	164.882	122	7.025	7.228	1.635	3.958	19.846	354	364	82	199	718	281
1871	16.758	16.095	166.254	97	6.128	5.325	1.233	3.399	16.085	380	331	76	211	711	287
1872	14.892	14.313	142.910	99	6.012	4.606	895	2.798	14.311	420	321	62	195	741	257
1873	13.391	14.145	139.424	101	6.129	4.478	940	2.598	14.145	433	316	66	183	749	249
1874	13.473	12.789	142.796	100	6.372	3.717	832	1.871	12.782	498	290	65	145	788	210
1875	15.245	14.454	148.168	110	7.198	3.849	1.065	2.342	14.454	498	266	74	162	764	236
1876	16.996	16.199	146.914	123	8.494	3.792	1.184	2.729	16.199	524	234	73	169	758	242
1877	17.323	16.483	143.561	128	7.278	4.408	3.861	1.136	16.484	483	268	74	175	751	249
1878	24.424	23.409	282.948	124	8.963	5.577	1.513	4.307	20.360	474	273	74	177	747	251
1879	22.948	21.989	180.764	141	7.350	4.864	1.243	3.146	21.989	443	293	75	189	736	264
1880	19.254	18.256	147.607	140	8.305	5.208	1.162	3.581	18.256	455	285	63	197	740	260
1881	20.083	19.127	138.464	157	9.414	4.788	1.290	3.635	19.127	492	251	67	190	743	257
1882	20.508	19.458	150.261	154	9.907	4.657	1.414	3.482	19.458	509	239	73	179	748	252
1883	19.732	18.725	116.316	161	9.541	4.251	1.445	3.488	18.725	510	227	77	186	737	263
1884	19.146	18.114	108.936	166	8.903	4.165	1.516	3.530	18.114	491	230	84	195	721	279
1885	18.217	17.275	100.728	171	9.229	3.293	1.394	3.296	17.275	537	191	81	191	728	272
Summe	292.964	280.677	2,410.932		126.248	74.206	22.622	49.296	272.372	.	.	.	.	.	.
Mittel	18.310·2	17.542·3	150.683·25	116·4	7.890·5	4.637·8	1.413·8	3.081	17.023·2	463	272	83	180	735	263

	In den Heilanstalten behandelte venerische Erkrankungen im Besonderen														
	Tripper							Weiche Geschwüre				Harte Geschwüre			
	acut			chronisch	Summe	unter je 1000 ac. Trippern waren compl.	unter je 1000 Trippern waren chron.	ohne	mit	Summe	unter je 1000 w. Geschw. waren compl.	ohne	mit	Summe	unter je 1000 hart. Geschw. waren compl.
	ohne Complicationen	mit Complicationen	Summe					Complicationen	Complicationen			Complicationen	Complicationen		
1870	5056	1639	6695	296	6991	244	42	4504	2677	7181	372	1073	565	1635	343
1871	4533	1383	5916	171	6087	233	27	3459	1863	5322	350	817	365	1182	308
1872	4507	1361	5868	138	6006	231	22	2926	1629	4555	357·	693	202	895	225
1873	4552	1280	5832	296	6128	219	48	2754	1717	4471	384	709	231	940	245
1874	4450	1202	5652	283	5935	212	47	2401	1313	3714	353	680	152	832	182
1875	5465	1031	6496	229	6725	158	34	2796	1053	3849	273	921	144	1065	135
1876	6027	1698	7725	316	8041	217	39	2596	1196	3792	315	801	383	1183	323
1877	5821	1250	7071	227	7298	176	31	2905	1503	4408	340	726	501	1227	416
1878	7574	1236	8810	153	8963	140	17	4319	1258	5577	225	1175	338	1513	223
1879	5961	1312	7273	77	7350	180	10	3790	1074	4864	220	1018	225	1243	181
1880	6765	1451	8216	89	8305	176	10	3749	1459	5208	280	950	212	1162	182
1881	7712	1808	9520	387	9907	189	39	3329	1326	4655	284	1224	191	1415	134
1882	7332	1791	9123	291	9414	196	30	3463	1325	4788	276	1036	254	1290	196
1883	7447	1672	9119	422	9541	183	44	3213	1038	4251	244	1218	227	1445	157
1884	6417	1643	8060	543	8603	203	63	2702	1463	4165	351	1031	483	1514	319
1885	6673	2020	8693	599	9292	232	64	2237	1056	3293	320	944	450	1394	322
Mittel	.	.	.	.	.	199	35·5	.	.	.	309	.	.	.	243

Wie aus derselben hervorgeht, wurden im Mittel der Jahre 1870 bis 1885 jährlich von den 18.310 an Venerie Erkrankten 17.542, das ist 958 von je 1000 an Militärheilanstalten abgegeben, während bei den Truppen nur 42°/₀₀ belassen wurden. Das Verhältniss der Venerischen zu den übrigen Kranken ist ein sehr hohes. Unter je 1000 Krankheitsfällen befanden sich 116·4, also mehr als ein Zehntel der Fälle mit Venerie behaftet. Noch ungünstiger gestaltet sich die Sachlage bei Betrachtung der graphischen Tabelle Tafel 4, rechts.

Es ist daselbst das procentuelle Verhalten der Venerie im Krankenstande dargestellt. Man sieht, die venerischen Krankheiten nehmen gegen die anderen Krankheiten von Jahr zu Jahr zu. Sie waren im Jahre 1885 bereits mit 17 Procent, d. h. einem Sechstel unter allen Erkrankungen betheiligt, und nach dem bisherigen Gange ist vorauszusehen, dass dieses Verhältniss noch wachsen werde. In einzelnen Spitälern ist dasselbe längst überflügelt und sind daselbst ganz excessive Zahlen vertreten. Man beachte die Zahlentabelle 22.

Es sind dort nur jene Militärheilanstalten angeführt, in denen die venerischen Krankheiten mehr als 20 Procent des Krankenstandes erreichten. Wegen Mangels an Angaben ist die Tabelle nur auf vier Jahre beschränkt. Dennoch ist daraus zu ersehen, dass in diesen vier Jahren in 29 Militärheilanstalten 34mal excessive Zahlen auftraten, dass die venerischen Erkrankungen in einzelnen Fällen beinahe bis zu einem Drittel — 31·4 Procent — aller Krankheitsfälle anwachsen. Demnach ist die Gefahr der Ueberfluthung der Militärheilanstalten durch Venerische nicht gering, in einzelnen Fällen besteht sie thatsächlich in eminent hohem Grade.

Die einzelnen Erkrankungsformen. Ueber dieselben belehrt die Zahlentabelle 23.

Es ist zu entnehmen, dass im Mittel der Jahre 1870 bis 1885 die einzelnen Formen in folgendem gegenseitigen Verhältniss vertreten waren:

Tripper	463	736
Weiche Geschwüre	273	
Harte Geschwüre	180	263
Allgemeine Syphilis	83	

Tabelle 22.

Heilanstalt	Jahr			
	1870	1871	1875	1876
Bruck a. M.	.	217	.	.
Ragusa	.	.	208	.
Brandeis a. E.	.	222	.	.
Klattau	238	.	.	.
Wesely	209	.	.	.
Časlau	218	.	.	264
Jungbunzlau	249	230	.	.
Jičin	.	.	.	217
Kremsier	.	.	.	226
Teschen	225	.	.	.
Brody	315	.	.	.
Jaroslau	226	.	.	.
Fünfkirchen	.	.	245	221
Stuhlweissenburg	259	.	.	.
Zombor	241	.	.	.
Gr.-Kanizsa	.	.	.	209
Keszthely	.	246	.	.
Komorn	232	218	.	241
Raab	230	.	.	.
Fogaras	216	.	.	.
M.-Vasarhely	230	.	.	.
Udvarhely	221	.	.	.
Karlstadt	.	.	236	.
Erlau	.	.	222	.
Neusohl	.	.	.	314
Temesvár	.	.	201	.
Debreczin	.	.	.	221

Beinahe die Hälfte aller Fälle von Venerie nehmen demgemäss die Tripperformen in Anspruch, mehr als ein Viertel die venerischen Geschwüre, kaum ein Fünftel die syphilitischen Ini-

tialformen und nicht einmal ein Zehntel die allgemeine Syphilis. Die nicht syphilitischen Formen verhalten sich zu den syphilitischen wie 736 : 263 = 2·8 : 1, dass heisst, die Syphilis nimmt unter den venerischen Erkrankungen beinahe ein Drittel aller Fälle für sich in Anspruch. Die allgemeine Syphilis verhielt sich zu den syphilitischen Initialformen, wie 1 : 2·3.

Ein sehr interessantes Ergebniss resultirt aus der graphischen Darstellung Taf. 6.

Es ist daselbst das Verhalten der Tripperfälle und der venerischen (weichen) Geschwüre zur Gesammtsumme der venerischen Erkrankungen detaillirt wiedergegeben. Man sieht, die venerischen Geschwüre sind im Abnehmen, die Tripper in constanter Zunahme begriffen. Gleichzeitig besteht zwischen Beiden ein auffallender Antagonismus von Jahr zu Jahr. Steigt die Intensität der Einen, so sinkt die der Andern. (Auf dieses Verhalten wurde auch im Capitel „Die Garnison von Wien" aufmerksam gemacht.) Wenig des Hervorhebenswerthen bietet das

Tabell

	Behandlungsdauer in Tagen für					Zahl der Behandelten an				
	Tripper	weiche Geschwüre	harte Geschwüre	constitut. Syphilis	venerische Krankheiten überhaupt	Tripper	weiche Geschwüre	harte Geschwüre	constitut. Syphilis	Summ
1870	22	28	38	39	33	In den statistischen Jahrbüchern nicht ausgewiesen				19.84
1871	.	.	.	.	32					16.09
1872	25	26	36	47	33					14.31
1873	.	.	.	.	29					14.14
1874	29	39	47	48	40·3	6372	3717	832	1871	12.79
1875	28	36	43	44	37	7198	3849	1065	2342	14.45
1876	30	36	45	43	38	8494	3792	1184	2729	16.19
1877	28	34	43	40	36·3	7958	4408	1227	2890	16.48
1878	24	31	26	33	28·5	9661	5777	1513	3609	20.56
1879	23	31	27	33	28·5	7350	4864	1243	3146	16.60
1880	26	36	33	39	33·5	8305	5208	1162	3581	18.25
1881	29	34	40	43	36·5	9414	4788	1290	3635	19.12
1882	31	35	41	44	37·7	9907	4657	1414	3482	19.46
1883	32	34	45	45	39·0	9541	4251	1445	3488	18.72
1884	33	33	42	47	38·7	8905	4165	1514	3530	18.11
1885	34	33	43	47	39·3	9292	3293	1394	3296	17.27
Mittel	28·1	33·2	39·9	42·2	36	.	.	.	.	.

Verhalten der syphilitischen Formen in der graphischen Darstellung Tafel 6, Nr. 2.

Die initialen Formen (harte Geschwüre) zeigen im Verlaufe der Jahre nur unbedeutende Schwankungen. Die allgemeine (constitutionelle) Syphilis hingegen ist seit dem Jahre 1874 im Steigen auf Kosten anderer venerischer Erkrankungsformen.

Wenn es auch scheint, dass sie sich seit 1880 um eine constante Höhe von 190‰ erhalten wolle, so ist die Thatsache dennoch nicht unbedenklich, dass seit 1880 die constitutionelle Syphilis beinahe ein Fünftel aller behandelten venerischen Formen in Anspruch nimmt. Man sieht, das Verhalten der Syphilis in den Militärheilanstalten birgt drohende Erscheinungen, welche gar nicht hoch genug angeschlagen werden können. Man wird dieselben noch deutlicher kennen lernen, wenn wir die Behandlungsdauer untersucht haben.

A. Behandlungsdauer. Dieselbe ist ausgewiesen für die Jahre 1870 bis 1885 in der Zahlentabelle 23.

Zahl der Geheilten nach					Unter je 1000 Behandelten wurden geheilt nach				
Tripper	weiche Geschwüre	harte Geschwüre	constitut. Syphilis	Summe	Tripper	weiche Geschwüre	harte Geschwüre	constitut. Syphilis	venerische Krankheiten überhaupt
In den statistischen Jahrbüchern nicht ausgewiesen				19.172	In den statistischen Jahrbüchern nicht ausgewiesen				968
				15.680					974
				13.973					976
				13.539					956
345	3667	819	1789	12.620	996	986	984	956	985
166	3818	1042	2243	14.269	995	992	978	958	987
450	3767	1168	2729	16.114	994	993	986	967	989
939	4389	1216	2848	16.392	997	997	991	985	993
618	5556	1452	3500	20.116	985	961	959	969	978
325	4846	1177	3065	16.413	996	996	947	974	988
257	5192	999	3317	17.765					973
383	4750	1222	3455	18.810	995	993	935	947	983
852	4618	1396	3357	19.223					988
503	4221	1431	3349	18.504	996	993	990	960	993
862	4140	1498	3407	17.907	995	994	988	965	988
258	3281	1488	3212	17.239	996	996	983	974	992
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Demgemäss betrug im Mittel die ärztliche Behandlung für

venerische Krankheiten überhaupt	36 Tage
nicht syphilitische Formen . . .	30 „
syphilitische Formen	41 „
Tripper	28 „
weiche Geschwüre	33 „
harte Geschwüre	39 „
constitutionelle Syphilis	42 „

Es ergibt sich daraus ein grosser Unterschied bei den einzelnen Formen.

Während der Tripper vier Wochen zur Ausheilung bedarf, beansprucht die constitutionelle Syphilis eine Behandlung von sechs Wochen. Es wird demnach durch die Erkrankung an constitutioneller Syphilis im Vergleiche zum Tripper der Betroffene dem Dienste um eine verhältnissmässig längere Zeit entzogen, welche sich verhält wie 1000 : 666. Da die Zahl der Syphilitischen jedoch in constanter Zunahme begriffen ist, so ersieht man die Gefahr, welche daraus der Kriegstüchtigkeit der Armee erwächst.

Die wissenschaftlich festgestellte Zeit für den normalen Ablauf eines der Behandlung nicht unterzogenen Falles beträgt unter normalen Verhältnissen für die einzelnen Formen venerischer Erkrankungen:

acuter Harnröhrentripper 4—6 Wochen (Eichhorst),
venerische Geschwüre 2—4 Wochen (Lang),

harte Geschwüre 2—4, 12 und mehr Monate (3 Monate I. Neumann),

Roseola syphilitica 3 Monate,

papulöses Syphilid 2—3 Monate (v. Zeissl).

Im Vergleiche damit sind die Errungenschaften der Militärheilanstalten allerdings bedeutend günstiger als die der exspectativen Methode. Wenig Zuversicht erweckt jedoch die detaillirtere Betrachtung der Behandlungsdauer, wie sie in der Darstellung Tafel 5 ersichtlich ist. Es sind daselbst die constitutionelle Syphilis, die harten Geschwüre, die venerischen Krankheiten überhaupt, die weichen Geschwüre und Tripper berücksichtigt. Die Uebersicht lehrt: 1. Die Behandlungsdauer der venerischen Krankheiten überhaupt nimmt in den Militärheil-

anstalten stetig zu. 2. Die Behandlungsdauer des Trippers steigt in den letzten Jahren unverhältnissmässig rasch. Sie betrug im Jahre 1870 3 Wochen, im Jahre 1885 bereits beinahe 5 Wochen. 3. Die Behandlungsdauer der weichen Geschwüre nimmt mit dem Jahre 1874 ab. 4. Die der beiden syphilitischen Formen geht Hand in Hand und zeigt ganz ausserordentliche Schwankungen, welche sich besonders durch eine starke Abkürzung in den Jahren 1878 und 1879 kennzeichnen. Seit dem Jahre 1879 ist die Behandlungsdauer der Syphilis in rapid zunehmender Verlängerung begriffen. Sie dürfte binnen Kurzem 7 volle Wochen in Anspruch nehmen.

Als Ursache dieser eigenthümlichen Schwankungen der Behandlungsdauer ergeben sich zwei Gründe: entweder die Natur der Fälle oder die der Behandlungsmethode. Es ist schwer anzunehmen, dass die vier Formen der venerischen Erkrankungen in den Jahren 1878 und 1879 insgesammt einen solchen Nachlass der Intensität des Einzelnauftretens geboten hätten, dass derselbe mit der tiefen Depression zu vereinbaren wäre, welcher sich die Behandlungsdauer in jener Zeit erfreute (vergl. die graphische Darstellung), dies umsomehr, als der Gang der Behandlungsdauer im Verlaufe der Jahre wenigstens insoferne von einander abweicht, als die der venerischen Geschwüre seit 1874, entgegen den anderen sich im zunehmenden Sinken befindet. Allerdings darf man dabei nicht ausser Acht lassen, dass man es selbst bei Betrachtung einer Curve der getrennten vier Formen mit einer noch immer complicirten Reihe von Factoren zu thun hat, deren Zusammenwirken aus der summarischen Betrachtung nicht ersichtlich wird. Nehmen wir als Beispiel die Behandlungsdauer des Trippers. Es ist klar, dass einfache Fälle einer frisch acuten Erkrankung mittelst einer viel kürzeren Behandlung erledigt werden, als solche mit Complicationen oder gar chronische Fälle. Je nach dem Vorwiegen der einen oder andern wird daher die Curve der Behandlungsdauer Erhebungen oder Senkungen erleiden, wie ihnen auch in gleicher Weise die der anderen Formen unterliegt. Diese Schwankungen werden jedoch, sobald es sich um das Mittel einer Gesammtsumme unter gewöhnlichen Verhältnissen handelt, nie erheblich sein können. Sie werden eben deshalb in einer ganzen

Gruppe von Erkrankungsformen auch nie so regelmässig auftreten, wie dies die besprochene graphische Uebersicht aufweist. Es wäre ein nicht wahrscheinlicher Zufall, dass in zwei bestimmten Jahren vier Erkrankungsformen leicht, und dass in der folgenden Zeit drei derselben mit einer Intensität der einzelnen Fälle gleichzeitig auftreten, welche eine stetige Verlängerung der Behandlungsdauer bedingt. Sollte dies dennoch zutreffen, dann bestände in der seit 1879 auftretenden Intensitätszunahme der syphilitischen Erkrankungen eine Gefahr, deren Würdigung sich einer allgemeinen Besprechung entzieht, deren Höhe jedoch eine Vorbeugung erheischen würde, welche nicht bald und kräftig genug in Angriff genommen werden könnte.

Verständlicher gestaltet sich die Sachlage, sofern man mit jenen Schwankungen wenigstens theilweise die Behandlungsmethode in Einklang zu bringen trachtet. Nicht nur verständlicher, sondern auch günstiger, wenigstens für eine der besprochenen Formen, die sogenannten weichen Geschwüre.

Die im Verlaufe der letzten Jahre zum Durchbruch gelangte gänzliche Sonderung derselben von der Syphilis, die durch wissenschaftlichen Fortschritt allmälig zur Geltung kommende vereinfachte und zweckentsprechendere Behandlungsmethode lassen jene sich immer mehr abkürzende und immer geringeren Schwankungen unterworfene Behandlungsdauer derselben begreiflich erscheinen. Keineswegs stehen wir jedoch mit solchen Erwägungen vor der Lösung der räthselhaften Verlängerung bei den syphilitischen Formen und dem Tripper. Indem wir vorderhand auf weitere Untersuchungen dieser Thatsache verzichten, da dieselbe später nochmal erörtert werden soll, begnügen wir uns, schon im Vorhinein zu bemerken, dass die Behandlungsdauer der venerischen Krankheiten im k. k. Heere gegen die anderer Armeen, z. B. der russischen, geradezu unbedeutend genannt werden kann.

b) Complicationen der venerischen Erkrankungen. Die Länge der Behandlungsdauer einer Krankheit gehört für die Armee zu den hervorragendsten Nachtheilen. Eine darauf gerichtete Forschung muss daher trachten, bei Untersuchung der Ursachen die grösstmögliche Anzahl von in die Waagschale fallenden Momenten zu erbringen und zu prüfen. Im Vorigen musste die Frage

offen belassen werden, worin die Ursache in der Veränderlichkeit der Behandlungsdauer für die venerischen Krankheiten liege. Gleichzeitig wurde hingewiesen auf das Mögliche eines Zusammenhanges mit dem sich ändernden Wesen der Fälle in Folge erschwerender Complicationen, welche sich hinzugesellen. Daraus ergeben sich folgende Fragepunkte:

Besteht ein Zusammenhang der Behandlungsdauer mit dem Auftreten der Complicationen? Welchen Einfluss üben dieselben? In welcher Beziehung stehen sie zur Behandlungsmethode?

Wir werden versuchen, uns an den einzelnen venerischen Erkrankungsformen über jene Fragepunkte zu orientiren. Man vergleiche dazu die Zahlentabelle 21, dann die graphischen Darstellungen Tafel 5.

a) T r i p p e r. Unter ihnen nehmen jedenfalls die einfachen Fälle von acutem Harnröhrentripper den kürzesten Verlauf. Er wird verlängert durch hinzutretende Complicationen (deren Einzelnberücksichtigung würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten) oder durch den chronischen Typus.

Die chronischen Tripper erreichen im Mittel der Jahre 1870 bis 1885 unter je 1000 Tripperfällen nur 35·5‰, die übrigen 964·5 waren acut. Unter letzteren sind die mit Complicationen auftretenden stärker vertreten. Sie repräsentiren 199‰, d. h. beinahe ein Fünftel. Die graphische Darstellung Tafel 5 zeigt das Verhalten der complicirten acuten in ‰ aller acuten Tripper für die einzelnen Jahre 1870 bis 1885. Gleichzeitig ist zum Vergleiche eingezeichnet die bereits im Vorhergehenden erörterte Behandlungsdauer aller Tripperfälle in Tagen. Ausserdem sind am unteren Rande durch schwarze Vierecke jene Fälle markirt, wo ein gleichzeitiges Steigen oder Sinken der Complicationen und der Behandlungsdauer einen Zusammenhang beider nachweist (der Pfeil deutet auf einen Zusammenhang mit Fällen von chronischem Tripper. Man ersieht daraus: 1. Die Complicationen des acuten Trippers haben seit 1870 bis 1878 Anfangs stetig, dann unstet abgenommen. Seit 1879 sind die Complicationen des acuten Trippers in rascher Zunahme. 2. Die chronischen Tripper haben seit 1870 bis 1879 schwankend langsam abgenommen. Seit 1880 sind sie im raschen Steigen. Sie befinden sich seit 1884 auf einer noch nicht erreichten Höhe. 3. Unter den 15 Jahresschwankungen

beobachtet man 11mal eine Uebereinstimmung im Auftreten der Complicationen und der Behandlungsdauer. 6mal ist letztere im Zusammenhange mit dem gleichsinnigen Verhalten des acuten und gleichzeitig des chronischen, in 3 Fällen nur mit diesem und 2mal nur mit dem complicirten acuten Tripper. In 4 Fällen sieht man die Complicationen an Zahl abnehmen oder sich gleich bleiben, während die Behandlungsdauer länger wird.

b) Weiche Geschwüre. Der erwähnten Zahlentabelle gemäss sind unter je 1000 Fällen von weichen Geschwüren 309 mit Complicationen vertreten. Aus der graphischen Darstellung, Tafel 5, ergibt sich weiter: 1. Die complicirten Fälle haben von 1870 bis 1879 rasch abgenommen. Seit 1880 sind sie in stark schwankendem Steigen begriffen. Unter den 15 Jahresschwankungen fallen 6 mit der Bewegungsrichtung der Behandlungsdauer zusammen. In 4 Fällen (durch schraffirte Vierecke markirt) ist es gelungen, trotz der Zunahme der Complicationen die Behandlungsdauer zu verkürzen. 5mal, also in einem Drittel der Fälle, hat sich die Behandlungsdauer länger gestaltet, obzwar die Complicationen der Zahl nach gleich blieben oder sogar abnahmen; oder sie ist gleich geblieben, obzwar die Zahl der Complicationen sank. Es steht also in einem Drittel der Fälle die Behandlungsdauer in keinem Abhängigkeitsverhältniss zu dem der Complicationen.

c) Harte Geschwüre (syphilitische Initialformen, Sklerosen). Hier treten unter je 1000 Fällen nur 243 complicirt auf, also kaum ein Viertel. Die übrigen drei Viertel verlaufen normal. Das Auftreten der Complicationen unterliegt hier besonders ausgedehnten Schwankungen. Daher werden auch die Schwankungen der Behandlungsdauer erklärlich, denn diese steht mit ihnen unter 15 Fällen 9mal im Zusammenhange. Nur 2mal gelang es, trotz der Zunahme die Behandlungsdauer zu kürzen, 4mal hat sie, ohne Rücksicht auf die Complicationen, zugenommen.

Recapituliren wir nun das soeben Erörterte. Die graphische Darstellung Tafel 5 r. o. gibt eine summarische Uebersicht des soeben Auseinandergesetzten unter Anwendung der bisher gebrauchten Zeichen. In drei Reihen sind dort die Behandlungsresultate des Trippers, der weichen Geschwüre, der primären syphilitischen Formen (Sklerosen, harte Geschwüre) zusammengestellt. (Die allgemeine Syphilis wurde hier nicht besprochen, weil deren Be-

handlungsdauer, wie bereits erwähnt, mit der der initialen Formen beinahe vollkommen übereinstimmt, weil dieselbe noch im Folgenden genauer besprochen werden soll, und schliesslich, weil über sie die statistischen Jahrbücher nur bis 1875 berichten.) Unter dreimal 15, also 45 Jahresschwankungen sieht man die Behandlungsdauer 25mal im engsten Zusammenhange (schwarze Vierecke) mit dem Auftreten der Complicationen, 6mal (schraffen) insoferne ausserhalb derselben, als trotz der Complicationen die Behandlungsdauer kürzer wurde, und 14mal (weiss) verlängert sie sich, obzwar die Complicationen abnahmen. Anders gesagt: Unter je 1000 Fällen von complicirt auftretenden venerischen Erkrankungen hängt die Behandlungsdauer 577·7mal ab von den Complicationen, 288·8mal gelingt es trotz dieser die Behandlungsdauer herabzusetzen, und 133·3mal hat sich letztere selbst bei einfacheren Fällen unverhältnissmässig lang erwiesen. Für die Bemessung einer Behandlungsmethode gibt die Behandlungsdauer einen, wenn auch nicht vollkommenen, dennoch sehr schätzenswerthen Anhaltspunkt.

Dem Erörterten gemäss sind die Erfolge der Methode in der Hälfte der Fälle abhängig vom Auftreten der Fälle. In einem Siebentel der Fälle gelingt es der Methode sehr günstige Resultate zu erzielen, in etwas mehr als einem Viertel erweist sie sich hingegen vollkommen ohnmächtig. Noch weniger günstig als dieser Schluss erweist sich folgende Betrachtung der obigen graphischen Darstellung, wenn man sie wenigstens theilweise als Ausdruck der Behandlungsmethode gelten lässt. Man sieht die Tabelle in drei Perioden gegliedert. In der ersten Periode, 1870 bis 1874, erweist sich die Behandlung vollkommen abhängig von der Art der Fälle oder zu gleichen Theilen denselben nicht gewachsen. Letzteres gilt sogar für alle drei Erkrankungsformen in der Zeit 1873—74. Die folgende Periode 1874 bis 1878 ist ausserordentlich günstig. Sie hat in sich etwas Geschlossenes, das sich durch die Continuität der erzielten Resultate kennzeichnet. In zwei aufeinander folgenden Jahren gelang es hier, die Behandlungsdauer der venerischen Geschwüre, und im zweiten auch die der syphilitischen Initialformen herabzusetzen. Die dritte Periode, 1878 bis 1885, übt den entschiedenen Eindruck der Zerfahrenheit. Fälle, wo die Behandlungsdauer nur von dem Auftreten der Complicationen ab-

hängt, wo es ein oder das andere Mal gelingt, derselben Herr zu werden, und wieder solche, wo trotz Abnahme der Complicationen die Behandlungsdauer sich verlängert, sind höchst unregelmässig vertheilt. Gegen die vorige Periode bedeutet diese einen augenscheinlichen Abfall.

Aus alledem geht hervor, dass die complicirten Fälle der venerischen Erkrankungen seit 1878 bis 1879 in rascher Zunahme begriffen sind, dass gleichzeitig die Behandlungsmethode jedoch eine Unstetigkeit aufweist, welche dermalen geringe Garantie bietet für die Beherrschung der sich verlängernden Behandlungsdauer.

Heilerfolge. Ueber diesen Punkt bringen die statistischen Jahrbücher erst seit 1874 ausführliche Daten. Es wurden

1870	von	19.846	Behandelten	19.172	geheilt,	968	Promille
1871	„	16.095	„	15.680	„	974	„
1872	„	14.313	„	13.973	„	976	„
1873	„	14.145	„	13.539	„	956	„

Weitere Anhaltspunkte gibt die Zahlentabelle 23.

Es sind dort die absolute Zahl der Behandelten und der Geheilten, sowie die Zahl der Geheilten im Verhältniss zu den Behandelten ausgewiesen. Demnach wurden im Mittel von je 1000 Venerischen 986·9 jährlich geheilt. Details bringt die graphische Darstellung Tafel 5 r. u.

Aus derselben ersieht man, dass der Heilerfolg für die venerischen Krankheiten mit dem Jahre 1870 im Allgemeinen sich im Steigen befindet, Anfangs grossen Schwankungen unterworfen ist, im Verlaufe der letzten Jahre sich derart stabilisirt, dass von je 1000 Venerischen rund 990 geheilt werden. Ein sicher recht günstiges Resultat, vollauf befriedigend für den, wer nach dem Erfolge allein sein Urtheil richtet.

In einem weniger günstigen Lichte erscheint der Heilerfolg der einzelnen Erkrankungsformen. Er beträgt im Mittel für Tripper 994·5, weiche Geschwüre 990·1, harte Geschwüre 974·2, constitutionelle Syphilis 965·5‰. Die Schwankungen dieser Erfolge erörtert die graphische Darstellung Tafel 7 l. o.

In derselben sind Tripper, weiche Geschwüre, venerische Erkrankungen überhaupt, harte Geschwüre, constitutionelle Syphilis

berücksichtigt. Den günstigsten Heilerfolg haben demnach die nicht syphilitischen Formen. Der des Trippers ist mit Ausnahme einer im Jahre 1878 auftretenden Depression beinahe constant auf der Höhe von 995 und sehr geringen Schwankungen unterworfen. Jene Depression ist umso weniger verständlich, als gerade im Jahre 1878 die geringste Anzahl von complicirt acuten und beinahe die geringste Anzahl von chronischen Trippern auftrat, demgemäss auch die Behandlungsdauer sehr kurz war. Im Allgemeinen bietet der Tripper die grössten Garantien für Ausheilung. Grösseren Schwankungen, darunter einer noch stärkeren Depression als der Tripper, unterliegt der Heilerfolg der venerischen Geschwüre. Auch er hält sich seit 1879 stabil an der Höhe von 995‰. Bezüglich jener merkwürdigen Depression gilt hier dasselbe wie beim Tripper. Im Allgemeinen ist Aussicht vorhanden, den Heilerfolg der nicht syphilitischen Formen auf 995‰ zu erhalten, d. h. man kann mit Wahrscheinlichkeit annehmen, dass von je 1000 mit Tripper oder venerischen Geschwüren Behafteten nur fünf nicht geheilt werden. Anders ist dies bei den Syphilitischen. Hier unterliegt der Heilerfolg ganz ausserordentlichen Schwankungen in ähnlicher Weise wie das Auftreten von Complicationen oder die Behandlungsdauer. Am geringsten ist der Heilerfolg bei der constitutionellen Syphilis. Er beträgt 965‰, demgemäss werden von 1000 Behandelten 35, d. h. 7mal so viel als beim Tripper nicht geheilt. Noch grösseren Schwankungen begegnet man bei den syphilitischen Initialformen. Auch hier ist der geringe Heilerfolg des Jahres 1881 unverständlich, da gerade damals die geringste Anzahl von complicirten Fällen auftrat. Im Allgemeinen bleiben unter je 1000 Fällen von harten Geschwüren mehr als 25, d. h. 5mal so viel als beim Tripper ungeheilt. Die Aussicht auf eine Stabilisirung des Heilerfolgs bei den syphilitischen Formen ist nach diesen Beobachtungen gering. Dies sind Verhältnisse, welche immer und immer wieder die Syphilis im ungünstigsten Lichte erscheinen lassen.

Zeitliche und dauernde Abgänge. Wie aus der Zahlentabelle 24 zu ersehen, so sind die zeitlichen und dauernden Abgänge, nämlich Beurlaubungen zur Erholung der Gesundheit und Invalidisirungen nebst Todesfällen in Folge venerischer Erkrankungen sehr gering. Von den 18·310, welche im Mittel jährlich

Tabelle 24.

Jahr	Tod in Folge venerischer Krankheiten	Invalid wegen constitutioneller Syphilis	Beurlaubt in Folge von		
			chronisch. Tripper	Syphilis	Venerie
1870	4	.	.	.	.
1871	3	.	.	.	.
1872	1	.	.	.	.
1873	3	5	3	33	47
1874	1	38	5	33	46
1875	1	23	1	36	37
1876	2	26	5	46	54
1877	1	26	1	47	51
1878	2	37	—	63	63
1879	2	16	1	39	40
1880	5	10	6	41	49
1881	5	8	6	31	38
1882	2	14	7	39	46
1883	—	14	11	44	57
1884	3	21	12	55	72
1885	5	26	9	78	100
Mittel	2·07	20·3	5·5	45	53·8

von venerischen Affectionen getroffen werden, sterben 2 und werden 20 als invalid entlassen. Beurlaubt werden 53, darunter 5 wegen chronischem Tripper, 45 wegen Syphilis. Diese Zahlen sind gegen die Masse der Erkrankungen sowohl als auch im Vergleiche mit anderen Krankheiten recht klein. So wurden in den Jahren 1873 bis 1881 unter je 100.000 Mann des Verpflegsstandes beurlaubt wegen

Körperschwäche und Blutarmuth . . . 623
Wechselfieber-Siechthum 391
Chronischem Bronchialkatarrh 427
Venerischen Krankheiten 18

In genannter Zeit hatten unter den Letzteren 3 noch nicht ein Jahr, 6 ein Jahr und darüber, und unter je 1000 Entlassenen 0·6 noch nicht ein Jahr und 2 ein Jahr und darüber gedient. Die anscheinend geringe Bedeutung dieser Thatsachen darf nicht ver-

leiten, eines Umstandes zu vergessen. Derselbe erhellt aus der Betrachtung der graphischen Uebersicht Tafel 7.

Es sind daselbst die Beurlaubungen wegen Venerie und Syphilis, dann die Invalidität wegen Syphilis dargestellt. Man sieht daraus, dass die Beurlaubungen wegen venerischen Krankheiten überhaupt beinahe ständig von der Syphilis beherrscht werden, weiter, dass die Zahl der wegen Syphilis jährlich Beurlaubten oder invalid Gewordenen seit 1881 in raschem Zunehmen begriffen ist, obzwar die absolute Zahl der Syphilitischen in den Heilanstalten sich nur wenig geändert hat. Diese Thatsache verschärft sich noch durch folgende Erwägung: das Verhältniss der wegen Syphilis Beurlaubten oder invalid Gewordenen zu den in Heilanstalten an ihr Behandelten stellt sich im Verlaufe der Jahre folgendermassen:

1881: 9·3‰, 1882: 12·0‰, 1883: 4·3‰, 1884: 19·6‰, 1885: 27·3‰. Es haben sich demgemäss die relativen Zahlen der Beurlaubungen wegen Syphilis oder Invalidisirungen durch dieselbe im Verlaufe von 5 Jahren verdreifacht, ein Symptom, welches im Einklange mit der sich verlängernden Behandlungsdauer steht und es wahrscheinlich macht, dass die Zahl der schweren syphilitischen Erkrankungen in bedeutendem Masse sich vermehrt. Dies gleichzeitig zur Erläuterung dessen, was bei Besprechung der Behandlungsdauer gesagt wurde, dort jedoch zum Theil unerledigt bleiben musste.

Anhang. Aus der nachfolgenden Tabelle 25 ersieht man, dass die Morbidität der Marine im Vergleiche zur Landarmee bedeutend höher ist, ja dass hier in einzelnen Jahren Durchschnittszahlen erreicht werden, welche einer Decimirung gleichkommen.

Die constitutionelle Syphilis war im Mittel der Jahre 1877 bis 1883 mit 15·8‰ vertreten. Sie ist im Verlaufe dieser 7 Jahre rapid gestiegen. Im Jahre 1883 betrug die Zahl der Krankentage für die venerischen Erkrankungen allein 11·081. In Folge dessen waren täglich 96 Mann undienstbar oder unter je 1000 Mann des Präsenzstandes 11·22 oder 280·7‰ des täglichen Krankenstandes. Mehr als ein Viertel aller Kranken in den Spitälern litt an venerischen Affectionen. Diese Zahlen, so ungünstig sie auch klingen, werden dennoch, wie wir weiter sehen werden, bei den Flotten anderer Staaten weitaus übertroffen. Sie alle erhärten

Tabelle 25.

Jahr	Präsenzstand	Venerische		
		absolut	in ‰ des Präsenzstandes	darunter constitution. Syphilis
1876	7430	690	93	.
1877	.	.	.	13·82
1878	7962	900	113·2	17·20
1879	7780	811	104·2	15·80
1880	.	.	.	12·65
1881	.	.	.	13·80
1882	.	.	.	18·16
1883	8562	831	97·05	19·85

den Erfahrungssatz, dass die Marine in allen Ländern den üppigsten Nährboden für venerische Erkrankungen abgibt. Es wird sich Gelegenheit finden, dies noch bei der deutschen Marine, sowie der englischen Flotte nachzuweisen.

Anmerkung. Der durchschnittliche Verpflegsstand der k. k. Kriegsmarine im Jahre 1885 betrug 8821 Mann, die Erkrankungen überhaupt im Mittel der Jahre:

1874—1884 . . . . 1108·89‰
1884 . . . . 884·87 „
1885 . . . . 881·37 „

Die Occupation von Bosnien und der Hercegovina.

Von den verschiedensten Standpunkten aus betrachtet, gehört die Geschichte der bosnischen Occupation, welche etwa die zweite Hälfte des Jahres 1878 ausfüllte, zu den interessantesten Ereignissen der Neuzeit. Unserer Untersuchung bietet sie ein willkommenes Material für die Gestaltung der Morbidität unter abnormen Verhältnissen. Die „Sanitätsgeschichte und Statistik der Occupation Bosniens und der Hercegovina im Jahre 1878“ hat Paul Myrdacz in ebenso ausführlicher als gewissenhafter Weise geschildert (Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1882), über die venerischen Erkrankungen, mit Rücksicht auf deren stark in den Hintergrund tretende Rolle, allerdings nur wenig mitgetheilt. Wenn irgendwo,

so hatte der Sanitätsdienst hier vollauf Gelegenheit, seinen Prüfstein zu finden, und unter Verhältnissen, welche von den vorausgesetzten oft weit verschieden waren, Massregeln zu schaffen, die erst für den besonderen Fall erdacht werden mussten. Die Hintanhaltung von venerischen Krankheiten bot unter diesen Umständen nicht geringe Schwierigkeiten. Eine wichtige Aufgabe erwuchs den Militärärzten mit der Ueberwachung der Prostitution. Zu den einheimischen Quellen der Infection hatten sich, dem Zuge der Armeetheile folgend, zahlreiche Prostituirte niederster Kategorie eingefunden. Es wurde die Conscription und wöchentliche Untersuchung derselben angeordnet und in Ermanglung anderer Organe von Militärärzten besorgt. Zur Aufnahme und Behandlung der ortszuständigen Erkrankten wurden eigene Krankenzimmer angewiesen, sowie die Abschiebung der Fremden angeordnet. Häufiger noch als im Occupationsgebiete traten die specifischen Affectionen im Aufmarschrayon Croatien und Slavonien auf.

Myrdacz berechnet den durchschnittlichen Verpflegsstand der mobilisirten Truppen mit 136.313 Mann (S. 262). Ueber die Zahl der venerischen Erkrankungen sind wir nicht genau unterrichtet. Summarisch wurden bis zum Jahresschluss 1878 aus den Militär-Heilanstalten definitiv entlassen:

Im Occupationsgebiet .	17.070 Kranke,	darunter 417	Venerische
An der Operationsbasis (G.C. Agram u. M. C. Zara)	12.892 „	„ 660	„
Im Krankenzerstreuungsrayon	22.909 „	„ 2533	„

Die bis zum Jahresschlusse aus der Spitalsbehandlung entlassenen 3607 Fälle von venerischen Erkrankungen repräsentiren für die mobilisirten Truppen eine Jahresmorbidität von 52·8°/₀₀ (Myrdacz a. a. O. S. 275), ein zweifellos günstiges Ergebniss, indem sich diese Zahl unter dem Durchschnittsniveau hält, welches für die Armee im Frieden ermittelt wurde. Weniger günstig sind die Folgen der Occupation für die Truppen im Aufmarsch- und Occupationsgebiet. Man vergleiche die graphische Darstellung Tafel 2 r.

Es ist dort das Verhalten der venerischen Erkrankungen im Militär-Commando Zara, General-Commando Agram und im

Occupationsgebiete für die Jahre 1870 bis 1885 dargestellt (vergl. die zu Grunde liegende procentuelle Berechnung im Capitel über die örtliche Vertheilung). Man kann hier genau vier Perioden verschiedenen Charakters unterscheiden. In der ersten, 1870 bis 1873, halten sich die venerischen Erkrankungen im Allgemeinen unter dem Durchschnittsniveau des Heeres, und treten einmal in diesem, das andere Mal in jenem Territorialbezirke stärker auf. In der zweiten Periode, 1874 bis 1877 steigen sie rasch im G. C. Agram bis 108·8‰, während sie im M. C. Zara langsam bis auf 39·9‰ herabgehen. Im Occupationsjahre erreichten sie in allen drei genannten Territorien 68·0‰, hielten sich also ziemlich am Durchschnittsniveau der Armee. Schon im folgenden Jahre stiegen sie auf 75·5‰. Während der Jahre 1880 bis 1882 stiegen sie im G. C. Agram und M. C. Zara bis zum Jahre 1881, im Occupationsgebiet nur bis 1880. In der vierten Periode halten sie sich wieder im Allgemeinen am Durchschnittsniveau der Armee. Was daraus hervorgeht und besonders wichtig erscheint, ist die intensive Nachwirkung der Occupation in den von ihr unmittelbar betroffenen Gebieten, gekennzeichnet durch ein consecutives, 3 Jahre andauerndes Steigen der venerischen Erkrankungen. Wie man noch weiters ersehen wird, so stimmt dies Verhalten mit ähnlichen Beobachtungen bei anderen Kriegsunternehmungen ziemlich überein.

Sehr spärliche Daten fliessen über das Verhalten der venerischen Erkrankungen während der Insurrection im Jahre 1882. Aus der lichtvollen Darstellung von Paul Myrdacz (Sanitätsgeschichte der Bekämpfung des Aufstandes in der Hercegovina, Süd-Bosnien und Süd-Dalmatien im Jahre 1882, Wien 1885) ist nun Folgendes zu entnehmen:

Die Insurrection dehnte sich beiläufig auf den Zeitraum vom 1. Jänner bis 31. Mai aus. Der durchschnittliche Verpflegsstand der zur Bekämpfung aufgebotenen Truppen betrug 40.032. Unter den in Abgang gekommenen Kranken, deren Zahl 26.994 betrug, befanden sich 667 Venerische. Die venerischen Erkrankungen der aufgebotenen Truppen betrugen 39·8‰ des Verpflegsstandes. Von den obgenannten 667 wurden geheilt 664, beurlaubt 2, 1 kam anderweitig in Abgang.

(Fortsetzung folgt.)

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

beobachtet hat, eine intensive Schlaflosigkeit und psychische Verstimmung. Entweder fehlt der Schlaf gänzlich oder er wird häufig von plötzlichem, mit grossem Angstgefühl verbundenem Aufwachen unterbrochen. Unter den psychischen Symptomen tritt Arbeitsunlust, Abgeschlagenheit und eine auffallend hypochondrische Stimmung hervor, welche sich schon bei leichten Anlässen in Thränen äussert. Das Fieber ist typhusähnlich und kann bis 41° steigen. Im Eruptionsstadium zeigen sich an den bekannten Stellen symmetrisch an beiden Körperhälften Flecken, Papeln und Knoten (E. nodos.), welche mit denen syphilitischer Affectionen häufig verwechselt werden können. Auch der vorgestellte Kranke wurde irrthümlich als syphilitisch angesehen. Bei gleichzeitig vorhandenem hohen Fieber und den nicht seltenen Gelenk- und Rückenschmerzen stellt sich, wenn sich Pusteln bilden, ein den Pocken ähnlicher Symptomencomplex ein. 9 derartige Kranke wurden in den letzten Jahren als „pockenkrank“ nach der Charité geschickt. Im Gegensatz zu Hebra, welcher behauptet, bis auf einen Kranken, der einer Pneumonie erlag, „nie bedeutende Zufälle oder Nachkrankheiten im Gefolge gesehen zu haben“, accentuirt der Vortragende die beobachteten Complicationen, wie Gelenkkrankheiten mit nachfolgender Ankylose, Pharynxgeschwüre mit diphtheritischem Aussehen, Endocarditis, ja selbst Tuberculose etc. Dementsprechend unterscheidet Lewin bei dieser Krankheit eine benigne und eine maligne Form.

b) Einen 22 jährigen Studenten, welcher seit mehreren Tagen ein **über den ganzen Körper verbreitetes Erythem** hat. Dasselbe besteht theils in dem Masern-, theils dem Röthelnexanthem ähnelnden Flecken, zum Theil erinnern die grösseren, mehr länglichen an Pityriasis rosea. Alle ätiologischen, solche Efflorescenzen gewöhnlich bewirkenden Momente fehlen: weder Nahrungsmittel noch Medicamente, noch äussere traumatische Insulte sind als Ursachen nachzuweisen. Mikroorganismen können auch nicht constatirt werden. Ebenso fehlt jede für Infectionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Syphilis etc. sprechende Complication. (Im Verlauf von weiteren 8 Tagen schwand das Exanthem ohne therapeutische Einwirkung; nur hier und da trat eine leichte Desquamation auf.)

2. Herr Margoniner stellt einen Fall von **Lues** vor. Der jetzt 39 jährige Patient hatte im Jahre 1872 einen Schanker, den er selbst behandelte und blieb dann bis zum Jahre 1881 frei von Erscheinungen; speciell kann er sich nicht erinnern, an Hautausschlägen gelitten zu haben. Im genannten Jahre begann dann die Affection des Mundes, welche zu der jetzt bestehenden Perforation der Wange führte. 1882 hatte er zum ersten Male nächtliche Kopfschmerzen und Knoten auf dem Kopf; 1883 eine Iritis und Hypopyon-Keratitis, die auf der königl. Augen-Klinik behandelt wurde. Er ist vielfach mit Jodkali behandelt, dagegen, wie es scheint, nie mit Quecksilber.

Als er im Juni d. J. in Behandlung kam, klagte er namentlich über heftige nächtliche Kopfschmerzen und starken Haarausfall. Es bestand eine 50-Pfennigstück grosse Perforation der rechten Wange, Auftreibung des Oberkiefers daselbst, und zwei floride Papeln an der rechten Seite des Halses, ferner sehr beträchtliche Drüsenschwellungen an der linken Seite des Halses; der Körper war frei.

Die bemerkenswertheste Erscheinung jedoch und diejenige, weswegen Hr. Margoniner den Patienten hauptsächlich vorstellt, ist 1. die noch jetzt bestehende Anästhesie der rechten Gesichtshälfte, welche genau dem Verbreitungsbezirk des ersten Astes des Trigeminus entspricht. Dieselbe ist im Verlaufe der antispecifischen Behandlung etwas zurückgegangen, trotzdem aber noch deutlich nachzuweisen; 2. das intensive Leukoderma am

rechten Auge, welches inmitten eines Chloasma sich befindet, welch letzteres sich über die Wange und einen kleinen Theil der Schläfe und Stirn erstreckt. Am Halse besteht nur Hyperpigmentation ohne Leukoderma.

Patient wurde nach der von Herrn Dr. Rosenthal weiter ausgebildeten Methode, v. Watraszewski's mit Injectionen von Hydrarg. oxyd. flav. behandelt. Schon nach der ersten Injection waren die Papeln verschwunden, die Drüsen in deutlicher Rückbildung begriffen. Im weiteren Verlaufe der Cur verschwanden dieselben vollständig. Die Anästhesie besserte sich etwas, das Chloasma wurde etwas heller. Das Leukoderma ist unverändert geblieben. Die Perforation heilte unter starker Touchirung mit Lapis bis auf eine kleine Oeffnung. Da sie aber in letzter Zeit trotz der öfteren Darreichung von Hydrarg. jodat. flav. in Pillenform und von Jodkali sich wieder vergrössert hat, so wird es Zeit sein, jetzt wieder mit einer energischen Cur zu beginnen.

Herr Behrend fragt, welcher Natur die constatirten zwei Papeln waren. War es ein papulöses Syphilid der Frühperiode, so läge hier der ausserordentlich seltene Fall vor, dass Syphilis der Frühperiode mit einer Spätform zusammen vorkomme. Ausserdem fragt derselbe an, ob Herr Margoniner die vorhandenen Drüsenschwellungen auf Syphilis bezieht, da bei syphilitischen Spätformen auffällige Drüsenschwellungen gewöhnlich vermisst werden.

Herr Rosenthal beantwortet die Frage des Herrn Behrend dahin, dass die Drüsenschwellungen selbstverständlich mit der syphilitischen Affection im Zusammenhang zu stehen scheinen, aber mehr consensueller Natur sind. Zugleich macht er darauf aufmerksam, dass, da sonstige Störungen von Nervenfunctionen nicht vorliegen (keine Lähmungen, kein Fehlen der Patellarreflexe, kein Schwanken bei verschlossenen Augenlidern etc.), die Trigeminusaffection nicht auf einen centralen Ursprung zurückzuführen sei, sondern, wie es bei Syphilis gewöhnlich der Fall ist, auf eine Erkrankung des Nervenstammes oder des Ganglions schliessen lässt. Ferner scheint ihm der Fall noch durch die eigenthümliche Localisation des Leukoderma, das sich auf das untere Augenlid und den Nasenrücken erstreckt, und das umgebende Chloasma bemerkenswerth, welches, wie er schon bei dem in der Berliner medicinischen Gesellschaft im Jahre 1885 vorgestellten Falle hervorgehoben hat, auf eine Pigmentverschiebung zurückzuführen ist.

Herr Lewin erwidert Herrn Behrend, dass bei der Fülle des von ihm beobachteten Materials er doch häufiger eine Combination von Erscheinungen der Frühperiode mit der Spätperiode beobachtet habe. Der Fall selbst scheine ihm eine locale Neuritis respective Perineuritis zu sein, da der Mangel secretorischer und motorischer Störungen ihm eine Affection des ganzen Astes auszuschliessen scheine. Er findet es ferner auffallend, dass nach einer Injection das Exanthem bereits geschwunden war, sowie, dass die Drüsen sich zurückgebildet hatten.

Herr Margoniner betont Herrn Lewin gegenüber die sensible Natur des ersten Astes des Trigeminus und erwähnt, dass er ein derartiges schnelles Schwinden des Exanthems hin und wieder gesehen habe.

Herr Behrend betont, dass er die bei Spätformen auftretenden Drüsen für gummöse hält.

3. Herr Boer stellt folgenden Fall vor: Frau N., einige 50 Jahre alt, leidet seit Beginn des Jahres an einer Erkrankung der Schleimhäute des Mundes, speciell des Gaumens, die sich durch fast täglich recidivirende Blasenbildung charakterisirt, also an einen **Pemphigus chron. der Schleimhäute.** Die Blasen sind von verschiedener Grösse, haben theils runde,

theils längliche Form. Nachdem dieselben geplatzt, bedeckt das abgehobene Epithel als weissliche Decke die erodirte Stelle. Ohne Therapie verschwinden die vorhandenen Blasen, um baldigst neue Eruptionen folgen zu lassen. Zu erwähnen wäre noch, dass die Epithelabhebungen auch den Kehlkopf betreffen, aber hier nie die Grenze des Plattenepithels überschritten haben.

Vor 4 Jahren hat die Patientin an allgemeinem Pemphigus der Körperdecke gelitten, jedoch sind damals die Schleimhäute verschont geblieben. In der Zwischenzeit war dieselbe gesund, bis zu Anfang des Jahres die oben beschriebenen Symptome sich gezeigt haben. Wenn auch die Erkrankung der Schleimhäute, combinirt mit Pemphigus der äusseren Haut, nicht zu den Seltenheiten gehört, so ist doch diese Affection der Mucosa allein — welche vereinzelt auch schon von Hebra und anderen Autoren beschrieben ist — immerhin von Interesse, zumal die Patientin sich in bereits vorgerücktem Alter befindet.

4. Herr Saalfeld stellt eine Patientin mit **Lichen ruber planus** vor. Die jetzt 54 jährige Patientin, die früher nie ernstlich krank gewesen, bekam vor 6 Jahren plötzlich eine sehr heftige Metrorrhagie, wegen der sie in der Charité Aufnahme suchte, woselbst ein Fibromyom diagnosticirt wurde. Von den abundanten Blutungen wurde sie durch 200 Ergotininjectionen befreit: ob die letzteren mit dem Lichen planus in Zusammenhang stehen, will Vortragender unerörtert lassen. Vor circa 3 Jahren trat bei der Patientin ein Gefühl von Hitze auf, das, im Gesichte beginnend, sich über den ganzen Körper verbreitete und die Patientin fast täglich belästigte; Juli d. J. begann der Lichen planus, während dessen Bestehen die nervösen Symptome sich steigerten. Patientin wurde von anderer Seite zuerst ohne jeden Nutzen mit Hg-Pillen behandelt. Vom Vortragenden hat Patientin bisher 0·23 Natr. arsenicos. subcutan erhalten. Die nervösen Beschwerden, das Hitzegefühl, wie Jucken, liessen nach den ersten Einspritzungen nach, ebenso begannen die objectiven Symptome sehr bald zu schwinden. Der Fall ist besonders interessant wegen der ausserordentlichen In- und Extensität der Affection, da fast der ganze Körper mehr oder weniger mit jetzt im Schwinden begriffenen Knötchen, respective ausgedehnten Plaques besetzt ist.

5. Herr Lewin stellt vor:

a) Eine 28jährige Frau mit **allgemeiner Pigmentsarkomatose.** Dieselbe zeigt in der rechten Inguinalgegend eine apfelgrosse Geschwulst, welche zu ulceriren beginnt. Hervorgegangen ist sie aus einem, sich allmälig vergrössernden Naevus pigmentosus. Ausserdem befindet sich am ganzen Körper eine grosse Anzahl Tumoren von Linsen- bis Bohnengrösse und darüber hinaus, welche sich mikroskopisch als kleine Pigmentsarkome zeigen. Sie liegen ziemlich beweglich im Unterhautgewebe. Die Haut über den kleinsten ist röthlich, über den grösseren aber hellbläulich gefärbt. Der Urin enthält Melanin. Der Vortragende zeigt eine Abbildung eines ähnlichen Kranken in Lebensgrösse. Hier scheint die Sarkomatose von der Chorioidea oder möglicherweise von der Arachnoidea ausgegangen zu sein, denn im Gehirn fanden sich drei grosse Pigmentgeschwülste.

Lewin geht etwas näher auf die Genese der Pigmentirung und die Wanderung der Pigmentzellen ein. Zeichnungen illustriren den Vortrag.

b) ein 25jähriges Mädchen mit einem **syphilitischen Schanker an der Unterlippe.** Für die primäre syphilitische Natur des Processes sprächen positive und negative Kriterien. Zu den ersteren gehören der Sitz und die Begrenzung im Lippenroth, der fettige Belag und vor Allem die charakteristisch indolente Anschwellung der nahe der Spina mentalis sitzenden Sub-

mental- und Submaxillardrüse am linken Winkel des Unterkiefers. Dass das Geschwür nicht etwa ein condylomatöses als Folge einer allgemeinen Infection sei, auf gewöhnlichem Wege durch die Genitalien vermittelt, dagegen spräche die normale Beschaffenheit der letzteren, sowie die Abwesenheit jeglicher Anschwellung der Inguinaldrüsen. Der Vortragende macht noch auf die Consistenz der Lippenaffection aufmerksam, welche nur fettig zerfallenes Epithel und dementsprechend nur oberflächlichen Defect zeige und vor Allem keineswegs hart sei. Die Härte des Schankers an anderen Stellen werde vorzüglich bedingt durch die Beschaffenheit und Mächtigkeit des Papillarkörpers, fehle deshalb an Stellen, wo dieser überhaupt zurücktritt.

Herr Rosenthal erwähnt den aus seiner Poliklinik im Jahre 1887 von Herrn Margoniner in den Monatsheften für prakt. Dermatologie veröffentlichten Fall von Lippenschanker, welcher der erste in der Litteratur sei, bei dem keine Spur von Induration zu fühlen war.

Herr Isaac frägt, ob die häufiger zu beobachtenden mehrfachen Sklerosen als gleichzeitige Infectionsstellen anzusehen seien, oder ob nicht die Uebertragung des Contagiums von einer Sklerose auf die übrigen Stellen anzunehmen sei.

Herr Lewin hat nach seiner Erfahrung in 90% eine Sklerose, in 5% zwei Sklerosen, in einer kleinen Anzahl drei, einmal vier, darüber hinaus nie gesehen. Ob die Fälle mit mehreren Sklerosen durch gleichzeitige Uebertragung auf die verschiedenen Herde entstehen, ist schwer zu entscheiden, vielleicht findet in den ersten 8 Tagen nach der Ansteckung eine Infection auf den Träger selbst statt.

Herr Behrend berichtet von mehrfachen Fällen mit multiplen Initialsklerosen in einer Anzahl von 9 bis 13 und führt auch den Leloir'schen Fall mit 13 Initialsklerosen an.

Herr Rosenthal hat ebenfalls mehrere Fälle sowohl in Wien als in Berlin von vielfachen (6 bis 8) gleichzeitig entstandenen Sklerosen beobachtet.

6. Herr Lewin stellt ein 22jähriges Mädchen mit einem klein **papulösen Exanthem** vor. Dies müsse als menstruelles abgefasst werden. Nach Angabe der Kranken tritt die Hautkrankheit nur bis zwei Tage vor Beginn der normal verlaufenden Menstruation auf und schwindet mit derselben. Die Farbe der Papeln ist hellroth, ihre Grösse überschreitet nicht die einer Linse. Unter leichtem Jucken tritt Abschuppung und Involution, ein. Vorzüglich befallen ist der Stamm, weniger die Extremitäten.

7. Herr Boer stellt einen Fall vor, der eine Patientin mit einem klein papulösen Exanthem — **Lichen syphiliticus** — betrifft. Wie fast alle Fälle dieses Syphilids, zeichnet sich auch dieser durch eine grosse Hartnäckigkeit, gegenüber allen therapeutischen Eingriffen, aus. Die Gruppirung und Formationen der kleinen Knötchen und Papeln, die am ganzen Körper, besonders aber am Rücken und Thorax sichtbar, lassen sofort den Fall als Recidiv erkennen. Es ist dieses noch deshalb von einigem Interesse, weil die Kranke vor circa 3 Monaten mit einer Calomelinjectionscur behandelt ist.

Trotzdem Patientin zur Zeit bereits 30 Sublimatinjectionen erhalten hat und seit 8 Tagen Jodkali nimmt, zeigen die Efflorescenzen nicht die geringste Tendenz zur Rückbildung. B. entsinnt sich eines ähnlichen Falles, den er vor längerer Zeit in der Charité beobachtet hat, bei dem ebenfalls alle antisyphilitischen Curen ganz erfolglos blieben und das Exanthem schliesslich nach Gebrauch von Levicowasser verschwand. Er ist weit entfernt, irgend welchen Zweifel über den sicher syphilitischen Ursprung zu hegen,

— jedoch wäre es möglich, dass Arsengebrauch in diesen Fällen ebenfalls seine heilkräftige Wirkung ausüben könnte.

Herr Lewin hat ebenfalls einmal einen Lichen syphiliticus nach Arseninjectionen schwinden sehen.

Die Decembersitzung fiel aus.

Sitzung am 15. Januar 1889.

Vorsitzender: Herr Lewin; Schriftführer: Herr Rosenthal, später Herr Saalfeld.

1. Herr O. Rosenthal. Meine Herren! Der Fall von **Pharynxulceration,** den ich mir erlaubt habe, Ihnen das vorige Mal vorzustellen, dürfte seines differential-diagnostischen Werthes wegen Ihr Interesse verdienen. Die Anamnese desselben lautet: Der Patient ist 21 Jahre alt und war bis auf eine, als Kind von 5 Jahren durchgemachte, rechtsseitige Mittelohr-Entzündung bis vor 3 Jahren gesund. Zu dieser Zeit — im October 1885 — suchte er wegen eines Nasenleidens die Hilfe eines hiesigen anerkannten Specialisten auf, der mir auf mein Ansuchen die Mittheilung machte, dass damals wegen Caries syphilitica eine Ausmeisselung der Nase vorgenommen wurde, wonach Durchgängigkeit und Heilung eingetreten sei. Vor ungefähr 9 Wochen wandte sich Patient wegen Ohrensausens an einen hiesigen Ohrenarzt, der ihn unter der Diagnose Syphilis der Charité überwies. Hier stellte ihn unter der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Tuberculose unser geehrter Herr Vorsitzender, wie er mir mündlich mittheilte, den Studenten vor; ein Nachweis von Bacillen gelang nicht. Nachdem er die Charité verlassen hatte, kehrte er zu dem zuerst genannten Specialisten, der s. Z. den chirurgischen Eingriff vorgenommen hatte, zurück; derselbe stellte wiederum die Diagnose auf Syphilis. Am 21. November vorigen Jahres kam er in meine Poliklinik. Der Vater des Patienten ist 54 Jahre, die Mutter desselben 48 Jahre, beide sind gesund. Ebenso sind 2 Brüder von 25 und 24 Jahren und eine Schwester von 23 Jahren gesund. Der Patient selbst erinnert sich nicht, je inficirt gewesen zu sein, und hat vor 3 Jahren nur 3 bis 4 Flaschen Jodkali zur Zeit der oben erwähnten Operation genommen und in der Charité 11 Sublimatinjectionen erhalten.

Der Status, den ich aufnahm, lautet folgendermassen: Patient ist mittelgross, ziemlich kräftig, mit gut entwickelter Musculatur; das knöcherne Nasendach ist aufgetrieben, verdickt, nicht schmerzhaft. Im Innern ist das knorpelige Septum erhalten, das knöcherne (Vomer) nicht vorhanden, an seiner Stelle besteht eine grosse Perforation. Die Schleimhaut zeigt vereinzelte Narben, ist stellenweise geröthet, und besonders die hinteren Partien sind mit ziemlich reichlichem, grauem Schleim bedeckt. Die Inspection des Mundes ergibt einen vollständigen Defect der Uvula, das Velum palatinum ist in der Mitte mit der hinteren Pharynxwand narbig verwachsen; auf der letzteren sieht man linkerseits und oben ein ungefähr 5-Pfennigstückgrosses, oberflächliches, unregelmässig gezacktes Geschwür, das mit zähem grauen Secret bedeckt ist, dessen Ränder hyperämisch sind, ohne stark geschwellt zu sein, und dessen Basis nach Entfernung des Secrets eine ziemlich regelmässige, röthliche Fläche darbietet. Die ganze hintere Pharynxwand ist geröthet und verdickt, auf den hinteren Gaumenbögen bestehen vereinzelte, kleine rothe Knötchen. Die Untersuchung des übrigen Körpers ergibt ein fast vollständig negatives Resultat: weder am Penis, noch sonstwo besteht eine Narbe, oder irgend eine Abnormität am Skelet, von Drüsen sind nur die seitlichen, tieferen Cervicaldrüsen gerade fühlbar und die Submaxillardrüsen vergrössert; ebenso besteht beiderseits

in der Gegend des Unterkiefergelenks je eine kleine Drüse. Das Kopfhaar ist voll erhalten, die übrige Schleimhaut des Mundes und der Zunge normal, die Zähne sind gut entwickelt, fast vollständig und in vorzüglichem Zustande. Die Augen zeigen normale Sehschärfe: es bestehen keine Trübungen der Medien. Das Gehör ist beiderseits gut, links besteht nach einer künstlichen Eröffnung der Paukenhöhle ein mässig eiteriger Ausfluss. Kehlkopf und Lungen sind absolut normal: kein Sputum, keine Dämpfung, keine abnormen Athmungsgeräusche. Wie ist der Fall differentialdiagnostisch zu deuten? Handelt es sich hier, wie mehrfach behauptet wurde, um einen Fall von acquirirter Syphilis, oder, wie auch angenommen wurde, um einen von Syphilis hereditaria tarda?

Wenngleich auf das Fehlen von Prodromalerscheinungen kein allzugrosses Gewicht zu legen ist, so spricht, abgesehen von der Abwesenheit jeglicher anderen Erscheinungen, gegen eine acquirirte Lues zuvörderst die Configuration der Nase. Pflegt doch hierbei in den meisten Fällen das knöcherne Nasendach zuerst befallen zu werden und so die bekannte sattelförmige Form der Nase zu entstehen. Ausserdem würde bei der geringen Medication, der der Patient unterworfen wurde, schon in kurzer Zeit die Zerstörung eine viel intensivere sein, als wir es hier vor uns sehen. Auch das Geschwür am Pharynx bietet weder in seiner Form noch in seinem Aussehen specifische Merkmale.

Ebenso lässt sich die Diagnose der Syphilis hereditaria tarda nicht aufrecht erhalten. Abgesehen von den anamnestischen Daten fehlen alle sonstigen Erscheinungen dieses Leidens: weder ist ein Zurückbleiben des Gesammtorganismus vorhanden, noch lässt sich ein Symptom der Hutchinson'schen Trias auffinden; keine Missbildung der Zähne, i. sp. der mittleren, oberen Schneidezähne, keine interstitielle Keratitis, keine tiefen Störungen des Gehörorganes, im besonderen keine Taubheit. — Auch Lupus dürfte bei unserem Patienten auszuschliessen sein, wenngleich derselbe ähnliche Veränderungen hervorrufen kann. Indessen der Lupus der Nasenschleimhaut allein gehört nach Angabe aller Autoren zu den äussersten Seltenheiten, da fast stets die äussere Haut mit ergriffen ist. Pflegt doch auch nach Schwimmer der Lupus von der allgemeinen Decke erst auf die Schleimhäute überzugreifen, und sind Knochenaffectionen bei diesem Leiden sehr selten vorhanden.

Ist nun der Fall als Tuberculose anzusprechen? Die klinischen Merkmale sind vorhanden. Die Ulceration breitet sich in der Fläche aus, dringt nicht in die Tiefe, die Ränder sind unregelmässig und leicht hyperämisch. Dagegen fehlen zwei Hauptmerkmale: der Halsschmerz, der nach Isambert stets vorhanden sein soll und die Anwesenheit von grauen miliaren Knötchen. Auch ist das primäre Auftreten eines tuberculösen Geschwürs des Pharynx, ohne dass die Lungen mitergriffen sind, ein so seltenes, dass B. Fränkel bis zum Jahre 1876 keinen einzigen Kranken der Art gesehen hat. Isambert und Küssner dagegen haben derartige Fälle beobachtet. Diese Ulcerationen bilden eben für gewöhnlich den Ausdruck eines constitutionellen Leidens, können aber auch, wie Schwimmer in seiner Arbeit über Tuberculose der Haut und Schleimhäute angibt, als Vorläufer einer sich später entwickelnden Allgemeinerkrankung auftreten. So bilden sie die Eingangspforte für das spätere Leiden, oder können auch frühzeitig erkannt und so geheilt werden.

Hervorheben muss ich hierbei noch, dass mir der stricteste Beweis, der Nachweis von Tuberkelbacillen, nicht geglückt ist. Die Ulceration änderte unter der alleinigen Medication von Jodoforminsufflationen. die nach ungefär 3 Wochen zur vollständigen Heilung führten, so schnell ihren Charakter, dass sehr wenig Material zur Untersuchung vorhanden war.

Und so bleibt nur das Bild der Scrophulose übrig, in dessen Rahmen unser Krankheitsfall auch ganz hineinpasst. Die bleibende Schwellung der Nase, die in einer Bindegewebswucherung zwischen Knochen und Cutis ihren Grund hat, ist zum Unterschiede von der Syphilis, die niemals zu derartigen Verdickungen führt, ein Characteristicum für Scrophulose. Das Aussehen des Geschwürs, das Löri in seinem Buche als Ulcus scrophulosum pharyngis beschreibt, der noch vorhandene chronische Schnupfen, die Eingangs erwähnten Drüsen vor den Ohren, am Halse und am Unterkiefer, das Ohrenleiden, das Patient in seiner Kindheit durchgemacht hat, alle diese Symptome deuten auf das von Alters her bekannte Bild der Scrophulose hin. Inwieweit die Scrophulose als localisirte Tuberculose aufzufassen ist, dürfte den beabsichtigten Rahmen dieser Erörterungen überschreiten.

Herr G. Lewin erinnert sich genau des Kranken. Derselbe wurde gleichzeitig mit einem anderen Patienten mit ganz ähnlichen Pharynxgeschwüren von einem Collegen, und zwar beide Kranken mit der Diagnose „syphilitisch" nach seiner Klinik in die Charité gebracht. Bei dem zweiten Patienten, der inzwischen an Tuberculose verstorben ist, habe er sogleich die Diagnose mit Bestimmtheit auf Tuberculose, bei dem zweiten, dem von Herrn Rosenthal vorgestellten, nach einigen Probe-Injectionen mit Wahrscheinlichkeit auf Tuberculose gestellt. Die vorgenommene mikroskopische Untersuchung habe nur bei dem anderen Kranken, nicht bei dem letzteren, Bacillen nachgewiesen. Der negative Befund sei aber keineswegs immer beweiskräftig. In ähnlichen Fällen, so z. B. bei einem in der Gesellschaft der Charitéärzte vorgestellten Kranken, der auch besonders durch Combination der Syphilis mit Tuberculose interessant war, seien erst nach vielfach vergeblichen Untersuchungen spärliche Bacillen vom Prof. Ehrlich nachgewiesen worden.

Bei der Vorstellung des Kranken des Herrn Rosenthal habe er seine schon öfters ausgesprochene Ansicht, wiederholt, „dass, wenn man nach dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft noch von Scrophulose sprechen dürfe, er das Pharynxgeschwür des Kranken als scrophulös erklären möchte". Er wies auf ähnliche Fälle hin, wo nur durch eine eingeleitete antiscrophulöse Therapie Heilung erzielt worden sei. Oefters, so auch vor vielen Jahren, habe er die damals angenommene Behauptung, dass Perforationen des Velums und Verwachsung desselben mit der hinteren Pharynxwand immer durch Lues bedingt werde, in der Berliner medicinischen Gesellschaft bekämpft. Gemäss dieser Auffassung habe er den in Rede stehenden Kranken als nicht syphilitisch entlassen. Er stimme der von Herrn Rosenthal ausgesprochenen Diagnose auf scrophulöse Geschwüre aus voller Ueberzeugung bei.

Die Diagnose auf Tuberkelgeschwüre könne sich übrigens nicht auf den Nachweis von den charakteristischen Knötchen stützen. Mit weit vorgeschrittener Ulceration gehen diese oft zu Grunde. Die weitere Behauptung, dass Pharynxtuberculose immer zur allgemeinen Tuberculose führe, könne er auch nicht voll theilen. Bei der Tuberculose der verschiedenen Organe könne man eine ascendirende und eine descendirende unterscheiden. Während z. B. Tuberculose des Hodens stets zu der der Prostata, Samenbläschen, Nieren und Lunge führe, scheine der Process von Pharynx und Larynx nicht immer zur Lunge herabzusteigen.

Herr Hoffmann fragt, welcher Art die von Herrn Rosenthal gefundenen Bacillen seien.

Herr Rosenthal beantwortet die letztere Frage dahin, dass dieselben nach genauerer Untersuchung sich nicht als Koch'sche Bacillen herausgestellt haben. Herrn Lewin erwidert er, er habe nicht gesagt, dass die locale Tuberculose zu allgemeiner führen müsse; es könnte vielmehr

eine Heilung der localen Tuberculose herbeigeführt werden und in Folge dessen eine allgemeine Infection verhütet werden.

2. Herr Lassar hält hierauf einen Vortrag: **„Zum Stande der Syphilisbehandlung.“** (Derselbe ist in der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1889, Nr. 6, veröffentlicht.) Die Discussion wird vertagt.

Sitzung am 5. Februar 1889.

Vorsitzender: Herr Lewin; Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Herr G. Lewin: Ich erlaube mir Ihnen zuerst eine Anzahl **syphilitischer Augenkranker** vorzustellen.

Der erste Kranke leidet an einer sehr entwickelten Iritis gummosa. Die Anamnese des Kranken, eines Goldschmiedes, 29 Jahre alt, aus gesunder Familie, ist folgende: Infection August 1888, Therapie local, October 1888 Exanthema, Therapie 9 Hydr. oxyd. flav. — Injectionen, Januar 1889 Iritis, Therapie 5 Hydr. oxyd. flav. — Injectionen.

Bei diesem Kranken erhebt sich von dem unteren Papillarrande des rechten Auges eine circa 3 Mm. breite Geschwulst bis zur Höhe von beinahe 5 Mm., occupirt einen Theil der Vorderkammer und reicht beinahe bis zur Hornhaut. Die Farbe der Gummigeschwulst ist theilweise markig gelb, theilweise gelblichroth. Die reichliche, jedoch zugleich zarte Gefässbildung an einzelnen Stellen bedingt die röthliche Schattirung. Werfen wir einen Blick auf einzelne allgemeine Momente der Iritis gummosa, so möchte ich folgende kurz discutiren.

Nähere statistische Angaben über die Anzahl der bei Syphilitischen überhaupt vorkommenden Iritiden scheinen nur spärlich vorhanden zu sein. Auf meiner stationären, als auch auf meiner früheren poliklinischen syphilitischen Abtheilung der Königlichen Charité wurden innerhalb circa 27 Jahren bei einem Gesammtcontingent von circa 65.000 Kranken, darunter circa 30.000 constitutionell Syphilitischen circa 210 Iritiden von mir behandelt, was circa $^{7}/_{10}\%$ ergibt.

Ueber die Anzahl von syphilitischer Iritis zu nicht syphilitischer habe ich Widder's Angabe aus der Arlt'schen Klinik gefunden. Nach diesem waren unter einem Gesammtcontingent von 5000 Augenkranken überhaupt 61 Kranke mit Iritis.

Während also von meinen syphilitischen Personen $^{7}/_{10}\%$ an Iritis litten, waren von Augenkranken jeglicher Art 1·2% befallen.

In der ersten Zeit meiner Spitalpraxis, wo ich weniger energisch einschritt, konnte ich in 2 Fällen beobachten, wie sich aus der einfachen Iritis die gummöse entwickelte. Eine Stelle des Irisparenchym intumescirte zuerst etwas diffus aus der Umgebung hervor, die schon hyperämischen Gefässe füllten sich stärker, neugebildete gesellten sich zu ihnen und allmälig erhob sich ein Knötchen, das sich vergrösserte. Meine spätere energische Cur bestand in meiner forcirten Injectionscur, bei welcher ich 2mal täglich 0·012 Sublimat so lange injicirte, als es der Allgemeinzustand der Kranken erlaubte.

Auffallend könnte es erscheinen, dass die bei Weitem grössere Zahl meiner Kranken weiblichen Geschlechts ist, während nach allgemeiner Angabe mehr Männer befallen werden sollen. Dies Missverhältniss erklärt sich aus dem Umstand, dass alle unter polizeilicher Controle stehenden weiblichen Prostituirten bei jeder syphilitischen Erkrankung nach meiner Abtheilung gebracht werden müssen.

Was die Deutung des histologischen Befundes der Iritis gummosa betrifft, so stehen sich bekanntlich zwei Ansichten gegenüber. Einige

Autoren erklären die Excrescenzen für gummöser Natur, die anderen für identisch mit dem Gewebe der Condylomata lata. Virchow sprach zuerst von Gummi der Iris. Seine Ansichten werden durch die anatomischen Untersuchungen von A. v. Graefe-Colberg und Hippel-Neumann gestützt. Der erste, welcher überhaupt zuerst die syphilitische Iritis erwähnte, Boer, benennt sie Condylome. Für diese histologische Auffassung plaidirt in neuerer Zeit Widder insofern, als er die gewöhnlich als gummös bezeichneten Formen für condylomatös und nur die in der Tertiärperiode und zwar äusserst selten auftretende Form für gummös erklärt. Ich habe bisher keine Gelegenheit gehabt, solche Excrescenzen anatomisch zu untersuchen. Doch spricht das äussere Aussehen des Knotens bei unserem Kranken mehr für den gummösen Charakter. Sie sehen auch bei ihm, dass der Knoten sich rundlicher zuspitzt, als dies beim Condyl. latum der Fall ist. Ausserdem ist der gelblich-röthliche Farbenton mehr charakteristisch für das Gummi. Nun habe ich auch über ein an anderen Stellen sitzendes Condylom neugebildete Gefässe sich hinüberziehen gesehen, wie hier. Schliesslich fehlt das charakteristische Zeichen für Condylom, der rasch eintretende Zerfall der Oberfläche, während das Gummi sich hartnäckig zu erhalten pflegt. Das Kriterium gleichzeitig bestehender Erscheinungen, so namentlich tertiärer Haut- und Schleimhautulcerationen, kann distinctiv nicht entscheiden. Oft genug habe ich Kranke auf meiner Abtheilung, bei denen secundäre und tertiäre Erscheinungen gleichzeitig vorhanden sind. So zeigt ein jetzt noch bei mir vorhandener Kranker kleine Gummositäten neben dem papulösen Exanthem.

Bekannt ist die Neigung aller Iritiden zu Recidiven. Ich habe einen Schutzmann behandelt, dessen Iritis zweimal während meiner Beobachtung recidivirte. Derselbe gab an, schon 12mal an gleichen Rückfällen gelitten zu haben. Ich glaube jedoch, dass bei vorhandenen Synechien der Iris weniger das syphilitische Virus als ein anderer Reiz, eine Schädlichkeit wie etwa eine Erkältung, eine Entzündung wieder erzeugen kann. Der Kranke bietet insofern auch ein grosses Interesse, als er nach einer zweimaligen Hydr. oxyd. flav.-Cur ein schweres Recidiv tertiärer Erscheinungen darbietet.

Discussion.

Herr Rosenthal: Meine Herren! Nachdem unser geehrter Herr Vorsitzender angezeigt hatte, dass er mehrere Fälle von schwerer syphilitischer Augenerkrankung vorstellen würde, war ich so sehr darauf vorbereitet, dass wir diesen bisher von mir behandelten Kranken sehen würden, dass ich die genaue Krankengeschichte des Betreffenden mitgebracht habe. Der Patient zeigte am 13. November v. J., wo er zum ersten Mal in meine Poliklinik kam, folgenden Befund: Es bestanden zwei Sklerosen an der Lamina interna praeputii, ein maculo-papulo-pustulöses Syphilid über den ganzen Körper verbreitet, Impetigo capitis, Angina mit Plaques auf beiden Tonsillen, ein grosser Plaque auf der Oberlippe, nässende Papeln ad anum und Schwellung der Inguinal-, Submental- und Occipitaldrüsen Er erhielt 6 Injectionen von Hydrarg. oxyd. flav. in Oel suspendirt, die erste am 13. November, die letzte am 19. December. Der Status, der an diesem Tage aufgenommen wurde, lautete: Die objective Untersuchung ergibt ein negatives Resultat.

Am 7. Januar d. J. erschien Patient wieder und zeigte eine Iritis gummosa. Er erhielt in schneller Aufeinanderfolge vom 7. bis 18. Januar 4 Injectionen von demselben Präparat, von denen eine in Folge Defects

an der Spritze missglückte, und wurde vor Beendigung der Cur, um Kosten zu sparen, von der Casse der Charité überwiesen.

Es handelt sich nach meiner Ueberzeugung hier um einen Fall schwerer syphilitischer Erkrankung, der allerdings kurze Zeit nach der ersten — nicht nach der zweiten — Behandlung ein Recidiv gummöser Natur zeigt. Da derartige Beobachtungen aber nach jeder Art der Syphilisbehandlung gemacht worden sind, so würde ich es für ungerechtfertigt halten, hieraus einen Schluss auf die Methode selbst zu ziehen.

Herr Isaac stellt die Frage, ob die Iritis nach den Beobachtungen als eine Recidiverscheinung oder als Begleitung anderer Symptome für gewöhnlich auftritt. Nach seiner Ansicht pflegt die Iritis meistens als Frühform in Begleitung von klein-papulösem Syphilid zu erscheinen.

Herr Lewin hat die Iritis im allgemeinen nur als Recidiv beobachtet. Allerdings sind bei Iritis simplex $^2/_3$ der Fälle von papulösem Ausschlag begleitet. Die Iritis gummosa dagegen ist sehr selten und pflegt mit tertiären Formen einherzugehen.

Herr Behrend hat jetzt erst wieder einen Fall von Roseola und Iritis in Behandlung und stimmt Herrn Isaac bei, da er eine Reihe von Fällen von Iritis bei Frühformen gesehen habe. Nach seiner Ansicht gibt es Fälle von Iritis, die sich zu den Frühformen, und wieder andere, die sich zu den Spätformen hinzugesellen.

Herr Lewin erwidert Herrn Rosenthal, dass er so wenig auf die Art der Behandlung einen Rückschluss machen wollte, dass er jetzt einen zweiten Kranken, der nach Sublimatinjectionen ähnliche Erscheinungen darbietet, vorstellen wird.

2. Herr G. Lewin: Der zweite Kranke, ein 32jähriger Neger vom Mississippi, welcher als Kellner gedient, zeigt ein **gummöses Geschwür am linken unteren Augenlid.**

Die Anamnese ist folgende: Vor 5 Jahren Bubo ohne Ulcus oder Gonorrhoea; vor $1^1/_4$ Jahr Gonorrhoea durch Injectionen geheilt; vor 4 Monaten Exanthem, das nach localer Behandlung zwar geschwunden sein soll, aber rasch recidivirte. Bei der Aufnahme vor 7 Wochen fanden wir ausser allgemeiner Adenitis ein Exanthema pustulo-ulcerosum, welches namentlich den Rücken und Brust und spärlich die Arme occupirte. Die einzelnen Geschwüre hatten einen Umfang von Erbsen- bis Markstückgrösse und zeigten eine schmierig-jauchige Flüssigkeit. An einzelnen Stellen restirten noch kleine Knötchen, die noch im Anfang der Cur ulcerös zerfielen. Die Therapie, bestehend in meiner subcutanen Sublimatinjectionscur, beeinflusste sehr günstig, aber nur einen Theil der Geschwüre, zum Theil restirten einzelne, ja schon geheilte Ulcerationen brachen von Neuem auf. Die Narben bildeten sich, wie Sie namentlich auf dem Rücken sehen, rasch zu Keloiden über Haselnussgrösse aus. Interessant war der Verlauf der Pigmentation.

Die über das vernarbende Geschwür sich bildende Epidermis war zuerst blassröthlich ohne jede Pigmentation. Erst allmälig trat diese auf und wurde die Haut mit der Bildung des Keloids so schwarz, dass sie durch ihre kohlschwarze Schattirung von der normalen Negerfarbe absticht. Die mikroskopische Untersuchung ergab auch eine noch unbekannte Erscheinung — Präparate stehen Ihnen zur Disposition. In der neugebildeten Epidermis befanden sich in der Basalschicht die schwarzen Myelinkörner. Während diese aber nach den neuesten Untersuchungen durch Wanderzellen aus der Tiefe des Corium geliefert werden, welche aus der Nähe der Gefässe hinaufsteigen, fand sich hier keine einzige Wanderzelle. Dagegen sah man die Basalpigmentzellen in innigstem und continuirlichstem

Zusammenhang mit denselben Zellen der gesunden Umgebung. Hiernach scheint es, dass die normale gesunde Epidermis, welche die der Narbe liefert, auch zugleich die Myelinschicht liefert — aber nur sehr allmälig.

Während nun in der 5.—6. Woche die Geschwüre der Haut zum grössten Theil geheilt waren, bildete sich am linken unteren Augenlid, und zwar am äusseren Winkel ein etwa 5 Mm. langer Tumor in Form eines gewöhnlichen Hordeolums. Aber anstatt der erwarteten Erweichung und Fluctuation verfärbte sich der Tumor immer mehr, nahm dabei etwas an Grösse zu und manifestirte sich deutlich als Gummiknoten. Bald begann dieser anfangs superficiell, dann allmälig tiefer stetig schmierig zu zerfallen, so dass der jetzt vorhandene Defect in Form eines 2½ Cm. langen und 1 Cm. breiten Segments sich ausbildete. Die eingeleitete Jodkaliumcur hat günstig auf den Substanzverlust eingewirkt und dessen Umfang verringert. Ich hebe noch hervor, dass der Augenknorpel keineswegs den Ausgangspunkt des Processes bildete, also keine Tarsitis vorlag. — Einen ähnlichen Fall mit gleich rapidem Verlauf hat Hirschler und Wecker publicirt.

3. Die dritte Augenkranke zeigt **am oberen Augenlide das Auftreten von Gummata.** Die anamnestischen Daten lauten: Die 21jährige Puella publica von zarter Constitution, aus gesunder Familie, wurde im Januar 1888 wegen Haut- und schwerer Halsaffection einer Sublimatinjectionscur unterworfen. Im März erhielt sie wegen recidivirender Exantheme Calomelinjectionen. Jetzt leidet sie ausser an einem Exanthema papulo-squamosum an folgender Augenaffection: Am freien Rande des rechten Agenlids sitzen nahe den Ausführungsgängen der Meibom'schen Drüsen 6 hanfkorn- bis kleinlinsengrosse Tumoren. Die Cilien, durch diese auseinandergedrängt, stehen in den Interstitien in dichten Büscheln. Die Knötchen ragen frei über den Rand des Augenlids hervor. Sie zeigen eine gelbmarkige Farbe und hier und da graue opake Pünktchen. Feine, schmale Gefässzweigchen ziehen über die freie Fläche der Geschwülste hinweg. Die Consistenz ist eine ziemlich harte. Schmerz ist weder spontan, noch auf Druck vorhanden. Die Umgebung ist etwas geröthet, geschwollen und glänzend. Wir glaubten eine Blepharoadenitis vor uns zu haben. Doch anstatt Erweichung, Fluctuation und Eiterung verhärteten sich die Tumoren und manifestirten deutlicher ihren gummösen Charakter. Beim Einstich entleerte sich weder Eiter noch Serum. Bald trat auch eine Iritis desselben Auges hinzu, welche die deutlichen Charaktere ihrer syphilitischen Natur darbot, — Wir ordinirten eine subcutane Sublimatinjectionscur, welche insofern von Erfolg ist, als jetzt nach 28 Injectionen à 0·012 Sublimat 1 Knötchen ganz geschwunden, die übrigen etwas kleiner geworden sind. — Der Fall möchte ein Unicum in der Literatur der Syphilis bilden, vielleicht ähnelt ihm der von Wiethe beschriebene.

Gleichzeitig habe ich auf beifolgender Tafel die Abbildung einer Kranken mitgebracht, welche ebenfalls an einer seltenen Ulceration und zwar an einem zerfallenen breiten Condyloma palpebrae dextr. infer. litt. Die Kranke, 19 Jahre alt, war wegen Condyl. lat. an den Lab. maj. pudend. und Exanth. macul. im Februar 1881 mit einer fünfwöchentlichen Injectionscur behandelt worden. 10 Monate später in die Charité recipirt, zeigte sie, wie Sie sehen, im Gesicht, namentlich an der rechten Seite, eine Anzahl Pusteln und daraus entstandener über erbsengrosser Geschwüre. Das rechte untere Augenlid war geschwollen. Nach Umwendung desselben fand man ¾ Ctm. vom Lidrand die hier gezeichnete noch wenig zerfallene über erbsengrosse Papel. Eine subcutane Injections-

cur von 0·25 Sublimat führte Heilung herbei. Vor 1 1/4 Jahr, also nach circa 7 1/2 Jahren kehrte die Kranke nach der Charité zurück, aber ohne ein Recidiv gehabt zu haben. Um das Rectum herum zeigte sich ein grosses Convolut von spitzen Feigwarzen.

Ich erwarte den Einwurf, dass hier mehr ein Gummi als eine Papula vorlag. Ich weiss, dass letztere, wenn auch selten, doch in einigen Fällen beobachtet wurden, dagegen eine Papel nur einmal, soweit ich mich dessen erinnere. Die Configuration der Excrescenz, die kreisrunde Form, die Farbe, die Consistenz, der fettige Zerfall, welcher wie bei den Papeln der Geschlechtstheile verlief, sprach aber zu Gunsten des Condyloms.

4. Die letzte Kranke, die ich die Ehre habe noch vorzustellen, ist mit einem **akneartigen Exanthem** behaftet, zu dessen Deutung ich mir Ihre Ansichten ausbitten möchte. Die 21 Jahre alte M. St., von guter Körperconstitution, aus gesunder Familie, ist bisher weder auf meiner syphilitischen Abtheilung, noch, nach ihrer Behauptung, überhaupt ärztlich behandelt worden. Augenblicklich leidet sie an folgender Hautaffection: Mehr oder weniger über dem ganzen Körper, besonders zahlreich auf der Brust und dem Rücken, etwas weniger zahlreich an den oberen und unteren Extremitäten, im Gesicht vereinzelt, vorzüglich aber an der Nasenwurzel und den Nasenflügeln sitzen hanf- bis stecknadelkopfgrosse Knötchen auf normaler Basis. Auf dem Rücken folgen sie dem Verlauf der Rippen, an anderen Stellen stehen sie theils zerstreut und unregelmässig, theils bilden sie längliche, kreisförmige Configurationen. Auf dem Rücken, dicht oberhalb des Kreuzbeines, fallen einzelne Formen auf, welche an die beim Lichen ruber acuminatus vorkommenden, durch eng aneinander gedrängte Knötchen gebildeten charakteristischen, länglich runden Plaques erinnern. Von dieser Hautkrankheit unterscheiden sie sich aber dadurch scharf, dass viele von den Knötchen, namentlich der frisch entstandenen, eine eiterige Metamorphose an ihrer Spitze eingehen, so dass sie, wie Sie sehen, auf ihrer Kuppe ein minimales Eiterbläschen zeigen, welche eingetrocknet, kleine gelbliche Schüppchen bilden. Die Efflorescenzen sollen nach Angabe der Kranken sich aus rothen Fleckchen gebildet haben, das Auftreten des Exanthems von Kopfschmerz und Frösteln begleitet gewesen sein. Die Kranke will übrigens nie an einer Hautkrankheit gelitten haben, ebensowenig Mitglieder der Familie.

Dass hier kein Lichen vorliegt, brauche ich nach den beschriebenen Eigenthümlichkeiten des Exanthems nicht weiter auseinanderzusetzen, aber die Frage tritt an mich heran, ob dieser akneartige Ausschlag syphilitischer Natur ist. Dagegen spricht freilich eine grosse Anzahl Kriterien: Das Colorit, das — wenn auch geringe — Jucken, die Localisation, die mangelnde Polymorphie, die mangelnden anamnestischen Momente und die Abwesenheit jeder anderen syphilitischen Complication. Die Genitalien, die Mund- und Rachenschleimhaut sind intact, die Haare üppig, gehen nicht aus, die Inguinaldrüsen sind nicht geschwollen, ebensowenig die Submaxillar-, Occipital- und Cubitaldrüsen. Einzelne Cervicaldrüsen zeigen zwar eine Intumescenz, doch nicht eine solche, welche die syphilitischen Drüsenanschwellungen charakterisirt.

Ich erwähne noch, dass die Haut ausser den geschilderten Efflorescenzen ein ungewöhnlich reines Fleischincarnat zeigt, und dass die Plicae cubitales, popliteae, die Palmae manuum und Plantae pedum ebenfalls ganz rein sind. Ebenso fehlt jede Andeutung von Leukoderma am Halse. — Die bisherige exspectative Behandlung hat nur Vertrocknung einzelner Pusteln zu Wege gebracht.

Discussion:

Herr Isaac meint, dass die Diagnose zwischen Syphilid, Lichen scrophulosorum und Acne cachecticorum schwanken könne. Gegen die Diagnose Syphilis spreche die Farbe, die Natur der Efflorescenzen, das Fehlen von Drüsenschwellungen; gegen Lichen scrophulosorum ebenfalls der Mangel an Drüsen und das Vorhandensein pustulöser Efflorescenzen. Und so müsse er sich, wenngleich die Efflorescenzen für gewöhnlich grösser und mehr diffus verbreitet sind, in diesem Falle doch für eine Acne cachecticorum aussprechen.

Herr Lassar hält die Affection trotz des Fehlens aller anamnestischen Daten nach dem Aussehen der Efflorescenzen und nach der in Gruppen angeordneten Form derselben für ein pustulöses Syphilid.

Herr Rosenthal schliesst sich den Ausführungen des Herrn Lassar an; nur würde er die Form für eine Acne syphilitica ansprechen. Er lässt es aber dahingestellt, ob nicht nebenbei noch ein anderes, nicht syphilitisches Hautleiden bestehe.

Herr Behrend hält den Fall ebenfalls für ein recidivirendes Syphilid und meint, dass Acne syphilitica und Syphilis pustulosa gar nicht so weit von einander entfernt sind, und dass diese Formen in einander übergehen, ebenso wie die pustulöse sich oft in die papulöse Form umwandelt.

Herr Lewin hat einen Uebergang von pustulösem in papulöses Syphilid niemals gesehen: es besteht zwischen den Formen eine sehr scharfe Trennung. Die Anordnung in Gruppen pflegt fast immer nur bei der recidivirenden Natur der Efflorescenzen vorhanden zu sein, und bei Syphilis ist eine gleiche Grösse der Papeln fast niemals vorhanden. Er kann sich für Syphilis nicht bestimmt aussprechen. Gegen dieselbe spreche die Farbe der Efflorescenzen, das vorhandene, wenn auch geringe Jucken, welches bei Syphilis nur dann auftrete, wenn Papeln schnell desquamiren oder sich schnell bilden, der Mangel der Polymorphie, die Reinheit der sonstigen Haut, das absolute Fehlen der Anamnese und die Abwesenheit jeglicher Complicationen von Seiten der Drüsen und der Schleimhäute. Somit halte er die Krankheit möglicherweise für eine acute Akne-Eruption, wie er sie öfters gesehen habe.

Herr Lassar behauptet, dass bei Syphilis der Typus allein charakteristisch ist, und dass alle sonstigen Begleiterscheinungen fehlen können. Diesen Typus pflege er immer zu bezeichnen als eine Dolde von Nelken aus der Vogelperspective gesehen. Er meine übrigens, dass zwei Wege: 1. die indifferente Behandlung und 2. die antisyphilitische Cur die Diagnose sichern würden. Gegen Herrn Lewin führt Herr Lassar noch an, dass die Sicherheit der polizeilichen Untersuchung, worauf sich derselbe in seinen Ausführungen stütze, als Glied der Anamnese nicht betrachtet werden könne.

Herr Lewin erwidert, dass die polizeiliche Untersuchung allerdings, wie er selber, etwas übersehen könne, dass dieselbe aber sich auf eine genaue Diagnose gar nicht einlasse, sondern, sobald irgend eine pathologische Erscheinung vorhanden sei, ihm die Betreffenden übersende. Er würde übrigens, um den Herren entgegen zu kommen, die Patientin antisyphilitisch behandeln.

Herr Behrend glaubt missverstanden zu sein. Man müsse Pusteln in der Frühform und Pusteln in den Spätformen der Syphilis unterscheiden; die ersteren trocknen ein und es bleiben dann oft allein Papeln übrig. Er exemplificirt auf einen Fall von angeblicher Variola, zu dem er in einem hiesigen Krankenhause hinzugezogen wurde. Nach 14 Tagen waren die zahlreichen Pusteln des Gesichts eingetrocknet, die Borken waren abgefallen.

und es zeigte sich ein ausgesprochenes papulöses Syphilid. Ebenso glaubt er auch, dass in dem von Herrn Lewin vorgestellten Fall nach einigen Wochen dasselbe eintreten wird.

Herr Lewin spricht sich entschieden gegen diese Art des Ueberganges aus.

Herr Lassar erwähnt, dass nach der Heilung sich eventuell auf der Haut Narbenspuren zeigen können.

Herr Saalfeld berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von pustulösem Syphilid, wo die übrige, nicht erkrankte Haut auffallend weiss war.

5. Herr Joseph: Ich erbitte mir für einige Minuten Ihre Aufmerksamkeit, um auf die Bedeutung eines vor Kurzem von Pontoppidan berichteten Falles hinzuweisen. Gestatten Sie, dass ich Ihnen ein kurzes Referat nach der Veröffentlichung in den Monatsh. f. prakt. Derm. Nr. 2, 1889, gebe: Ein 10jähriges Mädchen wurde wegen einer taubeneigrossen Drüsengeschwulst in der linken Regio carotidea operirt. Der in der Tiefe gelegene Theil des Drüsenconglomerats zeigte sich an der Vena jugularis ext. adhärent und während der Ablösung kam es zu einer ziemlich heftigen Blutung aus einem Riss in der Vene. Durch Tamponirung mit in Sublimatlösung getränkter Jodoformgaze und Bindencompression stand die Blutung. Aus der weiteren Beobachtung interessirt uns hier, dass sich bei Entfernung des Verbandes nach 21 Tagen am Hinterhaupte zwei symmetrische, etwa thalergrosse, kreisrunde, ganz haarlose Flecke zeigten. Die Untersuchung auf Mikroorganismen fiel negativ aus. Die Flecke vergrösserten sich schnell, es entstanden neue nach dem Scheitel zu und hinter den Ohren, sie confluirten. Ungefähr nach 7 Wochen war die grösste Ausdehnung erreicht und nun entsprach die Ausbreitung der symmetrischen Kahlheit etwa dem Gebiete, welches durch den N. occipitalis major und minor nebst dem hinteren Aste des N. auricularis magnus versorgt wird. Die Haut war übrigens glatt und normal, die Sensibilität ungestört. Aber schon 5 Wochen darnach war die ganze Partie ziemlich gleichmässig und recht stark mit neuen lanugoartigen Haaren besetzt.

Ich erlaube mir gerade deshalb Ihre Aufmerksamkeit auf diesen sehr interessanten casuistischen Beitrag zu lenken, weil ich in demselben eine gewisse Analogie zu den von mir an Katzen angestellten Experimenten erblicke. Pantoppidan sah nach einer „Nervenläsion, welche klinisch wie anatomisch als die oberen Cervicalnerven berührend aufgefasst werden musste," eine Alopecia areata entstehen. Welcher Art diese Nervenverletzung war, konnte nicht festgestellt werden. Am wahrscheinlichsten dürfte es wohl sein, dass durch die Tamponade und Compression der Ursprungsstellen der oberen Cervicalnerven eine Neuritis, sei es des zweiten oder vielleicht des dritten Cervicalnerven, erzeugt wurde, in deren Gefolge sich die Alopecia areata entwickelte. Afficirt war das Ausbreitungsgebiet der Nn. occipitalis maj., min. und Auricularis magnus. Dass diese meist vom zweiten, nicht selten aber auch vom dritten Cervicalnerven abgehen, habe ich schon in meiner Arbeit (Virchow's Arch. 107. Bd.) erwähnt. Nach dieser Richtung bietet also der beobachtete Fall unserem Verständnisse kein Hinderniss. Besonders bemerkenswerth scheint es mir, dass die Zeit, in welcher der Haarausfall nach der Nervenverletzung eintrat, sich ungefähr mit der von mir experimentell erhaltenen deckte. Was aber für mich von noch grösserem Interesse ist, und gerade in Bezug auf die Einwände Samuel's (Virchow's Arch. 114. Bd.) Erwägung verdient, ist, dass auch wiederum analog mit dem einen von mir ausführlich mit-

getheilten Experimente in dem von Pontoppidan beobachteten Falle die Haarregeneration ziemlich schnell eintrat.

Nun freilich war noch eine symmetrische Verbreitung der Kahlheit nach der nicht operirten Seite vorhanden. Dazu citire ich nur die kurzen, aber treffenden Bemerkungen Pontoppidan's: „Joseph wie Mibelli haben gesehen, dass die Affection nicht immer an das Gebiet des exstirpirten Ganglions gebunden ist, sondern auch anderwärts sich zeigen könne, wie im Gebiete des Trigeminus und auf noch entfernteren Bahnen, wie gegen die Schultern zu und an den Extremitäten. Ein Uebergreifen auf das entsprechende Nervengebiet der anderen Seite, etwa durch eine centripetal fortgeleitete Neuritis, wäre vielleicht doch nicht undenkbar."

Mir scheint diese Beobachtung Pontoppidan's für die Frage nach der trophoneurotischen Natur der Alopecia areata von einer grossen Wichtigkeit zu sein.

Discussion.

Herr Behrend erwähnt, dass, während Herr Joseph jetzt stets den Haarausfall von einer Nervendegeneration abhängig mache, er in seinen früheren Arbeiten nie davon gesprochen habe; ein solches Moment aber müsse nach seiner Ansicht besonders ausgesprochen werden. Der Fall von Pontoppidan sei interessant, beweise aber gar nichts. Zuvörderst sei gar nicht eruirt, welcher Nerv von dem Tumor gedrückt wurde, ob der zweite oder dritte; es wird ohne thatsächliche Grundlage von einer Degeneration des Nerven gesprochen, und ebenso wird bei dem symmetrischen Haarausfall auf die centrale Leitung und das Ergriffensein des Nerven der anderen Seite deducirt.

Herr Joseph hatte nicht die Absicht, hier eine Discussion über diesen Gegenstand herbeizuführen. Er halte es für selbstverständlich, dass es sich bei der Durchschneidung von Nerven stets um eine Degeneration gehandelt habe. Die Wichtigkeit des Pontoppidan'schen Falles sei in keiner Weise zu unterschätzen.

Herr Behrend macht auf gewisse Widersprüche in den Joseph'schen Arbeiten aufmerksam. Während er in seiner Arbeit im Centralblatt für medicinische Wissenschaft von einer Durchschneidung des Nerven spricht, ist in den zwei noch zukommenden Fällen in Virchow's Archiv von einer Exstirpation des Ganglion die Rede. Ebenso habe Mibelli bestätigt, dass die Haare nicht immer ausfallen.

Herr Lassar findet die herbeigeführte Discussion für gerechtfertigt und bezweifelt ebenfalls die Beweiskraft des citirten Falles.

Sitzung am 5. März 1889.

Vorsitzender: In Vertretung Herr Rosenthal; Schriftführer Herr Saalfeld.

1. Herr Rosenthal verliest folgenden von Herrn Lewin übersandten Brief:

Geehrter Herr College!

In Bezug der von mir vorgestellten, an eigenthümlicher Akne leidenden Kranken erlaube ich mir Folgendes zu Protokoll zu geben:

Die Kranke ist, um die Entwickelung des Exanthems unparteiisch beobachten zu können, exspectativ i. e. indifferent behandelt worden. Das Exanthem ist hierbei ziemlich unverändert geblieben. Eine Anzahl Pustelchen trockneten ein, einige wenige neue bildeten sich. Der Charakter muss mehr als ein regressiver bezeichnet werden. Irgend ein neues Symptom, irgend eine neue Complication, welche für Syphilis sprechen könnte, ist nicht

aufgetreten. — Das Mädchen kann jeden Vormittag zwischen 9 — 11 Uhr gesehen werden.

In Bezug der bei der Discussion vorgetragenen Ansichten erlaube ich mir noch Folgendes zu Protokoll zu geben:

Herr Behrend behauptete, dass die pustulöse Form sich oft in die papulöse umwandele.

Ich führte dagegen an, dass gewöhnlich die pustulösen Efflorescenzen aus der Umwandlung der kleinknotigen oder kleinpustulösen hervorgingen, aber ein umgekehrter Process, der von pustulösen in papulöse, mir aus meinen Erfahrungen nicht erinnerlich sei.

Diese Ansicht halte ich nach Durchsicht vieler meiner Krankengeschichten fest.

Ebenso hebe ich hervor, dass keiner der von mir durchgesehenen Autoren, sowohl deutscher wie französischer, englischer wie amerikanischer eine solche von Herrn Behrend behauptete Metamorphose angibt.

Ebenso behaupten diese Autoren, Syphilidologen und Dermatologen, dass die Diagnose eines pustulösen Syphilids durch gleichzeitige Anwesenheit anderer syphilitischer Erscheinungen gestützt würde.

Auch Herr Behrend spricht dies in seinem Lehrbuch der Hautkrankheiten, pag. 586 aus, und zwar mit Worten, welche in Form und Sinn mit denen der anderen Autoren übereinstimmen, so namentlich mit Zeissl in seinem Lehrbuch der Syphilis.

Irgend eine syphilitische Complication, etwa eine Adenitis, ist bisher nicht aufgefunden worden.

2. Herr Oestreicher: **„Ueber die Behandlung der Syphilis mit grossen Sublimatdosen.“** Angeregt durch die Publicationen über die Behandlung der Lues mit Injectionen grosser Quecksilberdosen (Calomel, Hydr. oxyd. flav., Hydr. salicyl., Oleum ciner. u. a.), die in den letzten Jahren von verschiedenen Autoren (besonders von Neisser) mitgetheilt wurden, versuchte ich Angesichts der entschiedenen Nachtheile obiger Methode (Unlöslichkeit des betreffenden Hg-Salzes, häufige Abscessbildung, Unberechenbarkeit des Aufnahmequotienten von Hg in den Körper) das lösliche Sublimat anzuwenden.

Zuerst Thierversuche, die günstig verliefen.

Am Menschen wurden dann Injectionen mit vorsichtiger, allmäliger Steigerung (erst 0·02, dann 0·04 bis 0·08, ja sogar 0·1 Sublimat pro dosi) gemacht. Im Ganzen wurden circa 50 Syphilitiker (darunter mehr Frauen wie Männer) so behandelt; bei diesen wurden:

180 Injectionen gemacht, und zwar:

4	Injectionen einer	4%igen	Sublimatlösung
83	„ „	6%igen	„
83	„ „	8%igen	„
10	„ „	10%igen	„

NB.! Die 6%igen Injectionen kamen meist bei Frauen, die 8%igen gleichmässig bei Männern und Frauen zur Anwendung.

Die Fälle wurden nicht ausgesucht, sondern alle gerade in Behandlung tretenden specifischen Affectionen leichter und schwerer Dignität wurden ohne Auswahl herangezogen.

Resultate:

Geheilt wurden (mit der üblichen Reserve): 33 Fälle

Gebessert: 8 „

Ungeheilt und ausgeblieben sind 7 Fälle, von denen einige überhaupt keine Injectionen vertrugen (auch die einfachen nicht), andere bekamen Stomatitis und blieben deshalb aus.

Vortheile der Methode:

1. Auffallend schnelle Besserung des Allgemeinbefindens und rasches Schwinden der Erscheinungen, auch der localen, die nicht besonders behandelt wurden.

2. Nicht ein einziger Abscess.

3. Schmerzen waren nicht grösser und nicht geringer, als bei einfachen Sublimatinjectionen.

4. Stomatitis trat unter allen Fällen 14mal auf, meistens nach grossen Dosen.

5. Fast gar keine Durchfälle, was wohl der Verordnung zu vindiciren ist, dass die Patienten viel Eiweiss essen mussten. Im Gegentheil: einzelne Patienten waren sogar nach 0·1 Sublimat verstopft.

Hinzuzufügen ist, dass gravide Frauen die Früchte austrugen (bis auf eine, welche gleich im Anfang abortirte).

Obgleich mithin die Resultate nicht gerade abschreckend sind, rathe ich doch Angesichts der letzthin mitgetheilten plötzlichen Todesfälle (nach 0·1 Calomelinjectionen hervorgerufen) davon ab, die Injectionen mit den grossen Dosen (0·08 oder 0·1) vorzunehmen; 0·04 und 0·06 werden immer gut vertragen werden, führen auch zum Ziel und können anstandslos angewendet werden.

Ich würde es mit meiner Auffassung von der ärztlichen Verantwortlichkeit nicht vereinbaren können, grosse Dosen von Hg dem menschlichen Organismus ohne die allergrösste Gefahr für denselben einzuverleiben. Zufällig habe ich zum Glück keinen Todesfall unter obiger Behandlung eintreten sehen, aber er hätte kommen können, und dieser eine Gesichtspunkt muss bestimmend sein, die äusserste Vorsicht anzuwenden.

Discussion über diesen und den Vortrag des Herrn Lassar in der Januarsitzung: „Zum Stande der Syphilisbehandlung".

Herr Hoffmann räth im Gegensatz zu Herrn Lassar mit einer Allgemeinbehandlung erst nach dem Auftreten von Secundärerscheinungen zu beginnen. Es kämen Indurationen vor, auf welche keine Allgemeinerscheinungen folgten. Er selbst habe gegenwärtig einen Fall in Behandlung, der für seine Anschauung spräche: Ein Patient, der am 9. November v. J. mit 4 Ulcera dura zu ihm kam, sei bisher ohne Secundärerscheinungen geblieben, ohne dass eine antisyphilitische Cur inaugurirt worden wäre. — In Bezug auf die Ausführungen des Herrn Oestreicher, der Injectionen grösserer Sublimatdosen auf ein Mal verwirft, zieht er die Calomelinjectionen den Sublimatinjectionen entschieden vor, da 2 Calomelinjectionen mehr wirkten als 20 Injectionen einer 1%igen Sublimatlösung. Im übrigen wende er jetzt kleinere Calomeldosen an, und zwar eine halbe Spritze einer 1%igen Emulsion, die der Nachtheile der 10%igen entbehren.

Herr Saalfeld hat zwei Fälle von typischen Ulcera dura vor 1 Jahre in Behandlung gehabt, bei welchen beiden bisher, ohne Einleitung einer specifischen Cur, keine Secundärerscheinungen aufgetreten sind.

Herr Rosenthal: Wenngleich die Versuche des Herrn Oestreicher sehr interessant sind, so komme ich doch zu einem anderen Resultat als der Herr Vortragende. Bei seinen Experimenten hat er den Patienten grössere Mengen löslicher Quecksilbersalze eingespritzt und dabei keine schädlichen Folgen beobachtet: das ist gerade der Vortheil bei der Anwendung unlöslicher Salze, dass der Organismus nicht auf einmal, sondern allmälig unter die Wirkung des Quecksilbers gesetzt wird. Es scheinen

mir die Versuche des Herrn Oestreicher also mehr die Anwendung unlöslicher als löslicher Quecksilberverbindungen zu unterstützen.

Gehe ich zu den eingehenden Ausführungen des Herrn Lassar über, so glaube ich, dass in Betreff der Excisionsfrage Stimmeneinheit herrscht. Die Operation, wie sie heute gemacht wird, ist schmerzlos, einfach, und sobald der Sitz des Ulcus es gestattet, wird sie Jeder vornehmen. Ob die Allgemeininfection überhaupt vermieden werden kann oder die Intensität der Krankheit durch die Operation vermindert wird, darüber kann nur eigene langjährige Erfahrung bei genauer Sachkenntniss und strengster Objectivität entscheiden. Ich selbst neige zu der Ansicht hin, dass durch die Excision eine Modification des Verlaufs unter besonders günstigen Umständen möglich ist.

Was die Frühbehandlung betrifft, so dürfte eine solche Einstimmigkeit nicht vorhanden sein. Bei der Frühexcision ist es nach meiner Ansicht trotz der von Herrn Lassar angegebenen Merkmale nicht möglich, stets zu entscheiden, ob ein Ulcus durum vorhanden ist oder nicht. Kommt es doch vor, dass ein für ein hartes gehaltenes Geschwür nach Schwinden der Entzündung weich wird und ohne Folgen heilt. Unter diesen Umständen finde ich es nicht gerechtfertigt, eine Krankheit, die gar nicht da ist, behandeln zu wollen und so Jemanden mit dem Bewusstsein, eine so schwere constitutionelle Krankheit zu haben, zu belasten. Andererseits wird der Verlauf der Syphilis dadurch unregelmässiger. Auch ist die Frühbehandlung mitunter zwecklos. So behandelte ich unlängst ein phagedänisches Geschwür der Unterlippe, das trotz Quecksilbers rapide Fortschritte machte. Deshalb halte ich es für rathsamer, abzuwarten, bis die ersten Erscheinungen sich zeigen. Ueber den Einfluss der Excision auf die Allgemeininfection dürfte sich nur so ein klares Bild gewinnen lassen.

Was die Ausführungen des Herrn Lassar über die löslichen und unlöslichen Quecksilbersalze betrifft, so war für die letzteren viel Schatten und wenig Licht vorhanden. Wie Herr Lassar auch erwähnt hat, ruft das Quecksilber als solches die Intoxicationen hervor und nicht die eine oder andere Verbindung desselben. Fälle, wo nach Sublimat oder nach Formamid oder nach Anwendung einer geringen Dosis von Ung. ciner. schwere Intoxicationserscheinungen auftreten, sind keine Seltenheiten. Deshalb ist Vorsicht bei dem Gebrauch des Quecksilbers stets anzuwenden. Hier entscheidet allein die Individualität des Patienten, die Widerstandsfähigkeit seines Organismus und die persönliche Erfahrung des behandelnden Arztes mit dem einen oder anderen Präparat.

Was die Frage der Recidive betrifft, so kennen wir bislang kein Präparat, das vor denselben sichert: mithin sollte es unser Bestreben sein, ein Ersatzmittel des Quecksilbers zu finden.

Herr Oestreicher warnt nochmals mit Berücksichtigung der bisher veröffentlichten letal verlaufenen Fälle vor den Injectionen grosser Quecksilberdosen.

Herr Lassar ist der Meinung, dass, wenn die Calomelinjectionen in geringerer Dosis und dementsprechend häufiger gemacht werden müssten, ihr Vorzug vor den Sublimatinjectionen in Wegfall komme. — Seiner Erfahrung nach seien die Fälle von Ulcera dura, auf die keine Allgemeinerscheinungen folgten, ausserordentlich selten.

3. Auf den Eingangs dieser Sitzung erwähnten Brief des Herrn Lewin übersandte Herr Behrend folgende Erwiderung:

In einem Nachtrag zum Protokoll der Sitzung der dermatologischen Gesellschaft vom 5. Februar erklärt Herr Lewin, dass ich mich im Irrthum befand, wenn ich ausführte, dass ein papulöses Syphilid in ein pustulöses

und ein pustulöses durch Eintrocknung und Abfallen der Borke in ein papulöses übergehe und beruft sich hierfür auf die Angaben sämmtlicher Dermatologen und Syphilidologen. Da Herr Lewin keinen derselben namentlich aufgeführt hat, will ich nur einige der erfahrensten und competentesten anführen, welche sich im Gegensatz zu Herrn Lewin und in Uebereinstimmung mit mir befinden. Bei

Lang, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden 1884—1886, pag. 149 steht: „So wie wir manchmal einen allmäligen Uebergang von der Roseolaefflorescenz in eine Papel wahrnehmen, ebenso lassen sich von der Papel zur Pustel Zwischenstufen constatiren; als eine solche kann die Ausbildung eines Bläschens an der Spitze einer Papel gelten. Wir erwähnten diesbezüglich, dass der Inhalt dieses Bläschens sehr bald zu einem kleinen Schorfe eintrocknet, abfällt, im weiteren aber die Rückbildung der Papel nicht modificirt."

Zeissl, Lehrbuch der Syphilis. 4. Auflage. Stuttgart 1882, pag. 420: „Mit der Vertrocknung und Decrustation der pustulösen Spitze schwindet jedoch nicht zugleich die papulöse Basis, deren Gipfel eben das Pustelchen eingenommen, sondern sie lässt in den meisten Fällen eine glänzende Papel stehen."

Bumstead and Taylor, The pathology and treatement of venereal diseases. V. ed. Philadelphia 1883, pag. 579: „In many cases, particularly of small pustules, the purulent apex is thrown off, leaving a papule, which may be surrounded by the detached rim or collarette already described as a feature of the papular syphilide."

Diese wenigen Citate mögen allein genügen, lassen sich jedoch noch beliebig erweitern, und da Herr Lewin den betreffenden Passus meines Lehrbuches in Uebereinstimmung findet mit den Angaben aller übrigen Lehrbücher, so habe ich in Bezug hierauf nichts weiter hinzuzufügen. Dagegen habe ich nirgends die von Herrn Lewin angeführte Angabe gefunden, dass bei den pustulösen Syphiliden der Frühperiode, um welche es sich hier handelt, das Vorkommen von Drüsenschwellungen in Abrede gestellt wird. Nach meinen Erfahrungen sind diese Frühformen ebenso von allgemeinen Drüsenschwellungen begleitet, wie alle anderen Frühformen.

Sitzung am 7. Mai 1889.

Vorsitzender: Herr Köbner; Schriftführer: Herr Rosenthal, später Herr Saalfeld.

1. Herr Lewin stellt einen Kranken mit **syphilitischem Exanthem** vor. Der Gürtler M. M., am 14. Januar 1889 recipirt, zeigte tiefe Ulcerationen am Sulc. retroglandularis und am Präputium. Rasch entwickelten sich Geschwüre im Pharynx und folgender Hautausschlag. An der Stirn, einzelnen Stellen des Gesichtes, an den oberen weniger, mehr an den unteren Extremitäten befanden sich fünfpfennigstück- bis thalergrosse Plaques auf dunkelrothem Grunde, welche aus einzelnen confluirenden, stecknadelkopfgrossen Pusteln bestanden; aus der Mitte aus einzelnen derselben erhebt sich ein Haar. Es liegt eine ulceröse Folliculitis sowohl der Haarbälge als der Talgdrüsen vor, welche bei Syphilis in dieser Art noch nicht beschrieben zu sein scheint. Für die syphilitische Natur spricht nicht nur die Anamnese, sondern auch die Complication mit charakteristischer Affection des Hand- und Kniegelenkes. Die erst vor Kurzem instituirte Ausführung meiner subcutanen Sublimatinjectionscur hat bis jetzt insofern einen grossen Erfolg gehabt, als die Pusteln eintrockneten und sich mit Schüppchen bedeckten, sowie auch die beschriebene dunkle Röthe abgeblasst ist.

Discussion:

Herr Oestreicher hat einen ähnlichen Fall wochenlang vergeblich mit Sublimatinjectionen behandelt; die Erscheinungen dieser ausserordentlich hartnäckigen Form gingen erst nach Inunctionen zurück.

2. Herr Lewin stellt einen Kranken mit ausgedehnter **Pityriasis rosea** vor. Der Kranke, nie inficirt, bekam vor circa 6 Tagen unter leichten Fiebererscheinungen, Appetitlosigkeit, Unbehagen, Schlaflosigkeit jene Flecken mit dem bekannten, noch jetzt deutlich sichtbaren Charakter, welche namentlich auf der Brust und am Rücken eine grosse Ausbreitung zeigen. Die einzelnen Efflorescenzen sind vorzüglich auf letzterem Theile relativ gross und zeigen die charakteristischen Schüppchen. Der Vortragende bemerkt zugleich, dass er in der letzten Zeit mehrere solcher Fälle gehabt, so dass man an eine Art von Epidemie glauben könnte. Bei einem dieser Kranken wurde die Diagnose dadurch erschwert, dass er syphilitisch erkrankt war und man an ein maculöses Syphilid denken konnte. Auch auf den etwaigen Einfluss der wollenen Jacken, welche möglicherweise Infectionsstoffe enthielten, geht Lewin näher ein.

3. Herr Rosenthal stellt einen 26jährigen Tischler vor, der, früher stets gesund, vor 6 Wochen an einer Hautaffection erkrankte, die als Scabies angesprochen und mit Perubalsam behandelt wurde. Patient kam vor 6 Tagen in die Poliklinik, da 2 Tage vorher ein neuer Ausbruch des Hautleidens erfolgt war. Es zeigten sich auf beiden Hand- und Fussrücken, auf dem unteren Theil der Vorderarme, sowie auf dem rechten Knie charakteristische **Erythema exsudativum-Knoten** von verschiedener Grösse. In den Hohlhänden und auf den Fusssohlen war folgende eigenthümliche Erscheinung sichtbar. Beide, die Fusssohlen weniger als die Volae manus, waren mit einer grossen Anzahl linsengrosser weisser Flecke besäet, die von einem deutlich rothen Rand umgeben waren. Bei genauerer Besichtigung zeigte sich ein grosser Theil derselben leicht prominent und entleerte sich beim Einstechen aus einigen derselben eine geringe Quantität Serum. Mithin waren dieselben als kleine Bläschen anzusehen. Am Tage der Vorstellung ist bereits ein Theil dieser Bläschen wieder geschwunden und hat röthlich bräunlichen Flecken Platz gemacht. Eine Desquamation ist augenblicklich nicht sichtbar.

Am übrigen Körper, sowie auf den sichtbaren Schleimhäuten war nichts nachzuweisen. Rosenthal fasst auch die Affection an den Hohlhänden und Fussflächen als Erythem. exsud. multiforme auf, bei welchem sich aus den Primärefflorescenzen Bläschen entwickelt haben, die sich später wieder zurückbildeten und sichtbare Pigmentflecke hinterliessen.

Discussion:

Herr Lewin ist ebenfalls der Anschauung, wenn auch nicht völlig überzeugt, dass die Diagnose richtig sei; jedenfalls sei ein Fall wie der vorgestellte, sehr selten.

Herr Köbner hält die weissen Stellen in den Handtellern für eingetrocknete, blos nicht sehr prominent gewordene Blasen mit rothen Höfen und die dazwischen liegenden kleinen rothen Flecken gleichfalls für Residuen jener. Das Ganze hält Herr Köbner für einen gar nicht so seltenen Fall von zu kleinblasiger Exsudation gediehenem Erythema exsudativum, wie er es selbst 1864 in seinen „klinischen und experimentellen Mittheilungen aus der Dermato- und Syphilidologie" beschrieben und Hebra in seinem Atlas (1866, Lieferung VI) abgebildet hat.

Herr Rosenthal gibt seiner Freude darüber Ausdruck, dass Herr Köbner mit seinen Ausführungen einverstanden sei, indem die Anschauungen über die klinische Auffassung des Falles sich vollkommen deckten.

4. Herr Rosenthal stellt eine 17jährige Arbeiterin vor, die als Kind stets kränklich war. Der Vater der Patientin ist an Tuberculose gestorben, die Mutter und 5 Geschwister, 2 Brüder und 3 Schwestern, im Alter von 13—4 Jahren leben und sind gesund. Seit wann ihr jetziges Leiden stammt, vermag Patientin nicht anzugeben. — Beide Unterschenkel zeigen eine eigenthümliche Gestalt, indem dieselben um die Malleolen herum dicker sind, als oben: es findet eine allmälige Zunahme von oben nach unten zu statt. Bei der Palpation zeigt es sich, dass die Tibien hart, in ihrer ganzen Circumferenz osteosklerotisch verdickt sind und eine besondere Massenzunahme in der unteren Hälfte zeigen. Exostosen treten nicht besonders deutlich hervor: Auf starken Druck besteht Empfindlichkeit, aber kein intensiver Schmerz. Patientin selbst hat Beschwerden beim längeren Stehen und Gehen, aber auch spontane Schmerzen. Eine ähnliche Erscheinung zeigt sich an der rechten Clavicula, die in der ganzen Ausdehnung glatt, gleichmässig verdickt, stärker gebogen und auf Druck absolut unempfindlich ist. — Die übrigen Knochen zeigen keine Abnormität. — Die Patientin ist im Wachsthum und in der Entwickelung zurückgeblieben. Das Fettpolster ist gering. Augen und Gehör sind normal, Zähne fast vollständig in sehr gutem Zustande. Die Schleimhäute zeigen keine Abnormität, im Speciellen weder einen Defect, noch eine Verwachsung. Am Halse in der seitlichen Cervicalgegend besteht eine Drüsennarbe und am vierten Metacarpus der linken Hand eine mit dem Knochen verwachsene Narbe. Von Drüsen sind nur in beiden seitlichen Cervicalgegenden vereinzelte kleine zu fühlen. — Die Lungen sind absolut normal. — Menstruation ist noch nicht dagewesen; Fluor war nie vorhanden. — Vortragender geht des genaueren auf die Differentialdiagnose ein, schliesst Syphilis, sowohl acquirirte als S. heredit. aus und möchte nach den in der Kindheit vorangegangenen und ausgeheilten local tuberculösen Processen die vorhandene Affection der Knochen als eine **Periostitis atque Osteomyelitis osteoplastica** (Leontiasis) auffassen.

Discussion:

Herr Köbner: An beiden Tibien sind deutliche Unebenheiten vorhanden, die zum Theil den Charakter umschriebener derber, zum Theil etwas weicherer Periostosen tragen und welche neben der einer rhachitischen ähnlichen Incurvation der Tibien nicht übersehen werden dürfen. Ausser an den Tibien findet Herr Köbner auch die ganze innere Hälfte der rechten Clavicula uneben und stark aufgetrieben.

Herr Rosenthal: Die Unebenheiten an der Clavicula sind nur scheinbare, da durch die Volumenzunahme des Knochens die Krümmungen andere sind, als auf der anderen Seite. Die Erscheinungen an den Tibien hängen ebenfalls mit dem Krümmungsprocess zusammen. — Herr Rosenthal führt dann noch einmal des Längeren aus, warum er die Diagnose Syphilis ausschliesst.

Herr Lewin: Da in diesem Falle Tuberculose nicht vorhanden, so müsste man an Syphilis, und zwar an Syphilis heredit. tarda denken; nur eine genauere Anamnese könnte dabei genügenden Aufschluss geben.

Herr Köbner: Es kommen bei Syph. heredit. im 14.—20. Jahre Knochenaffectionen vor, die dem vorgestellten Falle sehr ähnlich sind. Gegen eine scrophulöse Osteomyelitis spricht der äusserst langsame Verlauf, bei

welchem es Herrn Köbner auffallend erscheint, dass nirgends Suppuration beziehungsweise fistulöser Durchbruch eingetreten ist.

Herr Rosenthal kann die genaue Dauer des Leidens nicht mittheilen. Angeblich bestehe dasselbe seit der Kindheit. Herrn Rosenthal scheint der langsame Verlauf gegen die Diagnose der Lues und für die der Scrophulose zu sprechen. Herr Rosenthal hat über derartige Knochenaffectionen nicht die genügende persönliche Erfahrung, beruft sich aber in dieser Beziehung auf die Autorität Volkmann's.

5. Herr Rosenthal: **Beitrag zur Aetiologie und zur Behandlung der Sycosis vulgaris.** (Der Vortrag ist in extenso in No. 23, 1889 der deutschen medicinischen Wochenschrift veröffentlicht.) Herr Rosenthal streift Eingangs seines Vortrages orientirender Weise die Sycosis parasitaria, geht dann des genaueren auf die Aetiologie der Sycosis vulgaris ein, zu der er mehrfache casuistische Beiträge liefert, und empfiehlt nach einer Besprechung der bisher üblichen Behandlungsmethode die von ihm in vielen Fällen mit bestem Erfolg geübte. Dieselbe besteht in täglichem Rasiren, sowie in Anwendung einer Tanninschwefelvaselinesalbe (1:2·0:20·0) in Verbindung mit einer nur Nachts aufzulegenden erweichenden Salbe, oder statt dieser beiden im Gebrauch folgender Paste:

Acid. tannic. 5·0
Lact. sulfur. 10·0
Zinc. oxyd. alb.
Amyl. ana 17·5
Vasel. flav. 50·0.

Die Methode heilt schnell, ist bequem, schmerzt wenig und macht die Epilation überflüssig.

Discussion:

Herr Isaac findet, dass bei der Aetiologie nicht genügend auf die Rhinitis eingegangen sei. Die in der Lassar'schen Klinik übliche Behandlungsmethode bestehe nicht blos bei der gewöhnlichen, sondern auch bei der parasitären Sykosis in täglichem Rasiren, und zwar von Seiten des Patienten selbst, um eine etwaige Infection auf Andere zu vermeiden. Dann wird eine Salicylschwefelpaste (8% Schwefel) verordnet. Die Pusteln werden nicht geöffnet, da der entzündliche Process auch so zurückgeht; dann wird eine 10—20%ige Resorcinsalbe verordnet und schliesslich eine 10%ige Naphtholpaste täglich 1—2 Stunden aufgetragen.

Herr Rosenthal glaubt, dass durch die von ihm angegebene Medication (Tanninschwefelsalbe) der Heilungsprocess beschleunigt werde.

Herr Köbner weist die Ausführung des Herrn Rosenthal, als habe er jemals den Uebergang der parasitischen Sykosis in die vulgäre Sykosis angegeben, als ganz unbegründet zurück. Gerade im Gegentheil habe er zuerst in seiner Arbeit „Ueber Sykosis und ihre Beziehungen zur Mycosis tonsurans" in Virchow's Archiv 1861 die Unterschiede in der klinischen und mikroskopischen Entwickelung beider Arten der Sykosis eingehend beschrieben und sie differentialdiagnostisch auseinandergehalten, nachdem beide von seinen Vorgängern, zum Theil auch noch von Bazin, der ursprünglich jede Sykosis als parasitisch annahm, soweit er sie nicht für „arthritisch, scrophulös oder sonst wie dyskrasisch" hielt, confundirt wurden.

So wie die sich widersprechenden Angaben Bazin's, der u. A. im Laufe mehrerer Jahre verschiedene Pilze als Ursachen der Sykosis beschrieben hatte, so hat auch Gruby's Beschreibung derjenigen schuppenden Bartaffection, bei welcher er sein „Mikrosporon mentagrophytes" ge-

funden hatte, und welche in der That gar nicht dem klinischen Bilde der Sykosis entspricht, Hebra nur Waffen zur Bekämpfung der Köbner'schen Angaben über die Existenz einer trichophytischen echten Sykosis überhaupt geliefert, trotzdem Köbner seine Studien l. c. auf 230 Fällen derselben begründet hatte. Trotz seiner scharfen Trennung beider Arten habe Köbner nur nebenher angegeben, — um den Einwand Hebra's, dass er trotz einer noch grösseren Zahl von ihm gesehener Sykosisfälle noch in keinem einzigen Pilze gesehen habe, zu widerlegen, — dass man wohl, wenn man statt pilzkranker Haare oder Wurzelscheiden alte eingetrocknete Borken oder Haare aus solchen untersuche, das Trichophyton öfters vermissen könne, desgleichen, dass nicht alle Haare ohne Ausnahme im Bereiche einer parasitären Sykosis von Pilzketten durchsetzt sind. In derselben Arbeit widersprach Herr Köbner auch der Annahme der erwähnten dyskrasischen Sykosisarten Seitens Bazin's und seiner Vorgänger und lehnte demgemäss deren interne Therapie als nutzlos ab. Die Entstehung und die lange Unterhaltung mancher Sycosis vulgaris — aber freilich nur der Minorität, nämlich der auf der Oberlippe beschränkten Fälle, keineswegs der Mehrzahl derjenigen auf den anderen Gesichts- und der oberen Halsregion — durch chronische Coryza oder Tabakschnupfen hat Herr Köbner, wie gewiss schon manche frühere Autoren, ebendaselbst nicht minder hervorgehoben, wie er auf die Seltenheit ihrer Combination mit Akne aufmerksam gemacht hat.

Ebensowenig neu sei die heute gehörte Empfehlung des Rasirens, welches Köbner bereits 1860 von Hebra habe anwenden sehen, und welches dieser auch in seinem Lehrbuche ausdrücklich als erste und letzte Procedur empfohlen habe.

Dass man mit demselben unter Beihilfe einer ganzen Anzahl verschiedener Salben oder Schwefelmischungen — darunter auch der neuesten Salol-haltigen von Saalfeld — selbst hartnäckige Fälle vulgärer Sykosis heilen könne, habe er in verschiedenen Publicationen anerkannt und seit vielen Jahren praktisch geübt.

Hingegen gehe er gegen die parasitische Sykosis auch therapeutisch heute noch so wie 1861 ganz anders vor, indem er gegen diese ganz wie Bazin, die Epilation trotz aller neueren chemischen vermeintlichen Ersatzmittel für unentbehrlich zur definitiven Heilung halte.

Herr Lewin: Alibert hat vor Bazin die Champignons abgebildet und die Erkrankung nicht für parasitär, sondern für scrophulös gehalten. — Herr Lewin hat Fälle von parasitärer Sykosis auch ohne Epilation geheilt. — In Bezug auf die Dyskrasie hat Herr Lewin definitiv sich noch nicht entschieden und verweist in dieser Hinsicht auf die mit Blepharoadenitis complicirten Fälle hin, ferner auf die Fälle von Sykosis am Mons Veneris.

Herr Rosenthal: Die Ausführungen des Herrn Köbner treffen mehr die Arbeit des Herrn Köbner im Jahre 1861, als den Vortrag, da derselbe nur von der vulgären Form der Sykosis handelt, ohne auf die parasitäre Form des genaueren einzugehen. Wenn in der Einleitung der Name des Herrn Köbner mit dem Hardy's vereint angeführt ist, in der Hinsicht, als ob die parasitäre Form in die nicht parasitäre übergehen könne, so beruht dies auf einer in diesem Sinne gehaltenen breit gedruckten Ausführung Hebra's im ersten Theile seines bekannten Lehrbuches. Wenn Herr Köbner ausführt, dass Hebra, sowie die Wiener Schule die Sykosis mit Rasiren ohne Epilation zu behandeln lehren, so befindet er sich in einem Irrthume, da Kaposi z. B. nicht rasiren, sondern die Haare mittelst einer Scheere kurz schneiden lässt und nachher

epilirt etc. Auch Hebra, der vom täglichen Rasiren spricht, geht sogar bei der Behandlung von leichteren Fällen auf das Genaueste auf die Epilation ein, ein Beweis, welchen Werth er auf diese Behandlungsmethode legt. — Wenn Herr Köbner anführt, dass verschiedene Salben das gleiche Heilungsresultat hervorrufen, so kann Vortragender diesen Ausführungen nicht beipflichten. Er bitte Herrn Köbner, zuerst die von ihm angegebene Salbe anzuwenden und dann darüber zu urtheilen, ob nicht der Salbe des Vortragenden der Vorzug gebührt. Würde wirklich die bisherige Behandlungsweise zu einem guten Resultate führen, so würde man kaum verstehen, dass jedes Jahr neue Mittel angegeben werden, und dass, wie wohl Jeder sicherlich erfahren hat, die an Sykosis leidenden Patienten so häufig von einem Specialisten zum anderen gehen.

Herr Isaac pflichtet den Ausführungen des Herrn Rosenthal, die Epilation betreffend, auf das Allerbestimmteste bei, da er erst vor wenigen Jahren bei Kaposi gesehen habe, dass die Sykosis mit Epilation behandelt werde. Um so mehr war er erstaunt, als er sah, dass in der Lassar'schen Klinik die Patienten rasirt wurden, ohne dass die Epilation hier jemals in Anwendung gekommen wäre.

Die Junisitzung fiel wegen des gleichzeitig tagenden dermatologischen Congresses in Prag aus.

Sitzung am 2. Juli 1889.

Vorsitzender: Herr Köbner; Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Herr Oestreicher: **Zur therapeutischen Verwendung des Hydracetin gegen Psoriasis.** (Der Vortrag ist in extenso in der Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 28 veröffentlicht.)

Discussion:

Herr Lewin möchte die von Herrn Oestreicher angeführte Wirkung auf die Blutkörperchen nicht als eine dem Hydracetin specifische ansehen. Dafür spreche auch, dass Hämoglobinurie noch nicht beobachtet sei.

Herr Blaschko: Die Wirkung der in neuerer Zeit gegen die Psoriasis angewendeten Mittel ist auf ihre reducirenden Eigenschaften zurückgeführt worden. Blaschko hat nun, um diese Wirkung zu prüfen, eine kleine Reihe von Versuchen angestellt, und zwar solche Mittel in Anwendung gezogen, die eine schnelle Abschuppung und eine Regeneration der Epidermis bewirken, so unter anderen Jodtinctur, Carbol, Blasenpflaster, Collodium cantharidatum. Alle diese Mittel rufen eine oberflächliche Nekrose der Epidermis hervor und bringen die Psoriasis zum Schwinden. Auch das hypermangansaure Kali, das keine reducirende, sondern oxydirende Eigenschaft besitzt, wirkt in gleicher Weise.

So hat er auch einen jetzt 8jährigen Knaben beobachtet, der an langjähriger Psoriasis litt und früher stets mit Chrysarobintraumaticin behandelt wurde. Derselbe hatte beständig Recidive, bis zu einer vor 2 Jahren aufgetretenen Scarlatina mit excessiver Abschuppung, die das Exanthem definitiv zum Schwinden brachte. Mithin glaubt Blaschko nicht, dass es immer die reducirende Wirkung der Mittel ist, die die Psoriasis-Plaques zum Schwinden bringt, sondern die durch die Medicamente hervorgebrachte oberflächliche Nekrose der Epidermis mit reactiver Entzündung, eine Ansicht, die sich mit der früheren Anschauung deckt. Das neuerdings von Binz und Fabry empfohlene Hydroxylamin hat Blaschko ebenfalls versucht, räth aber wegen der Schmerzhaftigkeit des Mittels in der von

den genannten Autoren vorgeschlagenen Form, dasselbe als 1—2 procentige Lanolinsalbe, welche gut vertragen wird, anzuwenden.

Herr Köbner erinnert, dass Buck in Lübeck 1872 die Essigsäure gegen Psoriasis in Anwendung gezogen hat, dass aber die damals von ihm in Breslau damit angestellten Nachprüfungen wegen der Schmerzhaftigkeit aufgegeben werden mussten. Die Wirkung derselben beruht ebenso, wie die der grünen Seife, hauptsächlich auf ihrer, die ganze Epidermis lösenden und nekrotisirenden Eigenschaft.

Das sind Dinge, die schon früher ausprobirt worden sind. Wie wenig die reducirende Wirkung von Droguen an und für sich gegen Psoriasis vermag, zeigt sich auch dadurch, dass Herr Köbner bereits vor 10 Jahren mit einem der stärksten Reductionsmittel, einen chemisch reinen, arsenikfreien Zinkstaub, mit Vaselin verrieben, ohne den geringsten Heilerfolg, Versuche angestellt hat. Herr Köbner kann also die Ansicht Blaschko's unterstützen. Ebenso ist auch der Theer unlängst von einer Seite schlechtweg als reducirendes Mittel bezeichnet worden, während seine Wirkung in so einfacher Weise sicherlich nicht zu erklären, vielmehr complicirter Natur ist. Bei allen diesen Mitteln, die gegen die Psoriasis angewendet werden, handelt es sich 1. um eine Exfoliation der Epidermis und 2. um eine anatomische Heilwirkung auf die bei dieser Krankheit sehr ektasirten Gefässe.

Herr Lewin bestätigt die Angaben des Herrn Köbner in Betreff der Essigsäure; die Versuche, die er zur Zeit mit dem Mittel gemacht habe, wurden wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit und zu unbedeutender Wirkung aufgegeben. Auch in Betreff des Theers möchte sich Herr Lewin den Ansichten Herrn Köbner's anschliessen. Das Oleum cadinum, das er in einer Concentration bis zu 1—2 anwendet, leistet oft noch Dienste, wenn die anderen Mittel bereits versagt haben. Ebenso wirkt Oleum cadinum mit Unguentum glycerini oft bei Eczem vorzüglich. Was nun die reducirenden Eigenschaften der angewendeten Mittel anbetrifft, so habe er z. B. die Chromsäure, die ja bekanntlich viel stärker oxydirt als das hypermangansaure Kali, und von deren guter Wirkung er sich früher bei Affectionen der Tonsillen überzeugt habe, ohne Resultat bei der Psoriasis angewendet. Erwähnenswerth hält er, dass er nach Erysipel, so wie bei der Schwangerschaft in mehreren Fällen ein Schwinden der Psoriasis beobachtet habe.

Herr Behrend steht der Frage, ob die Psoriasismittel durch Reduction wirken oder nicht, gleichgiltig gegenüber und möchte Herrn Blaschko gegenüber betonen, dass Zustände, welche eine lebhafte Abstossung der epidermidalen Hornschicht herbeiführen, gerade Psoriasis erzeugen. So seien Fälle veröffentlicht, in denen nach Scarlatina gerade Psoriasis zum Ausbruch kam, und es ist in gleicher Weise bekannt, dass nach Einpinselung mit Jodtinctur und Application von Sinapismen und ähnlicher Irritationen gerade Psoriasis entstand.

Herr Blaschko hat bei seinen Versuchen ebenfalls Essigsäure, Trichloressigsäure und Chromsäure angewendet. Was den Einwurf Behrend's anbetrifft, so hält er denselben nicht für stichhaltig, da auch bei Chrysarobin in der Nachbarschaft öfter ab und an Psoriasis entsteht. Es handelt sich hier nicht um die Frage, was die Psoriasis hervorruft — das ist unbekannt — sondern um das, was sie zum Schwinden bringt.

Herr Hoffmann hat selbst bei 2procentiger spirituöser Lösung des Hydroxylamins keine Wirkung gesehen. Die Patienten klagten über Schmerzhaftigkeit, ohne dass Heilung eingetreten sei.

Herr Köbner hatte neulich Gelegenheit einen Fall zu sehen, der

auf der einen Seite mit Hydroxylamin, auf der anderen mit Anthrarobin ohne Erfolg behandelt worden war.

Herr Isaac erinnert sich eines Falles aus Wien, wo nach einer reichlichen Anwendung von Chrysarobin ein erneuter universeller Ausbruch von Psoriasis erfolgt war.

Herr Lewin erinnert daran, dass Gorup-Besanez und Bärensprung Kieselsäure in den Schuppen aufgefunden haben, er selbst konnte diesen Befund nicht bestätigen.

Herr Isaac stellt einen seltenen Fall von **Ichthyosis** vor. Patient, ein für seine Altersverhältnisse sehr kräftig entwickelter 16jähriger junger Mann, leidet an einer Ichthyosis, welche lebhaft an die mit dem Namen Ichthyosis hystrix zu bezeichnende Form erinnert. Der gleichmässig über die Oberfläche erhabene Ausschlag dehnt sich über Brust und Unterleib aus, lässt Gesicht und Rücken völlig frei und zeigt an den Streckseiten der Extremitäten die gewöhnliche leichte Form der Ichthyosis. Auffallend ist die intensiv schwarze, an Ebenholz erinnernde Farbe. Bemerkenswerth ist ferner zweierlei: einmal, dass sich der Ausschlag auf dem Körper bilateral symmetrisch vertheilt, was besonders an den Schenkelbeugen deutlich ausgesprochen ist; zweitens, dass beim Abkratzen die Schuppen mühlos entfernt werden können, ohne dass es zur Blutung kommt; endlich, dass beim Ankratzen der Schuppenoberfläche die schwarze Farbe schwindet und darunter eine mehr grauweisse zu Tage tritt. Die leichte Ablösbarkeit der Schuppen beweist wiederum das Befallensein der cornealen Hautschichten, während, wie aus den aufgestellten mikroskopischen Präparaten, welche einem Fall von Ichthyosis hystrix des Fusses entnommen sind, zu ersehen ist, das Rete nicht erkrankt zu sein braucht, der Papillarkörper sogar manchmal atrophisch sein kann im Gegensatz zu den zwiebelschalenartig angeordneten enorm vergrösserten Hornzellenlager.

Ueber die pathologisch-anatomischen Verhältnisse der Ichthyosis herrschen bekanntlich noch immer die verschiedenartigsten Ansichten, ein Umstand, der viele Autoren veranlasst hat, verschiedene Formen von Ichthyosis anzunehmen. Ist Hypertrophie der Hornschicht, verbunden mit einer Schwellung der Follikel, vorhanden, so bezeichnet man solche Fälle zum Unterschiede von anderen Formen der Ichthyosis besser als Keratosis follicularis. Ein solcher Fall ist wohl auch der unserige. Prof. James C. White (St. Louis) hat vor Kurzem einen Fall beschrieben, der dem unseren, wie aus der beiliegenden Photographie ersichtlich, ausserordentlich zu gleichen scheint; die mikroskopische Untersuchung hat in seinem Falle eine enorme Vergrösserung der Hornzellenlage mit Schwellung der Follikel ergeben, während das Rete im Gegensatz dazu eine Atrophie erfahren hat. Die hier aufgestellten Präparate von Ichthyosis hystrix des Fusses bieten ein ähnliches Bild dar. Man sieht in dem Schrägschnitt die aufeinander geschichteten Hornlamellen zwiebelschalenartig übereinander gelagert; das Rete stark reducirt, während sich das Bindegewebe im Stadium der entzündlichen Infiltration befindet. Im zweiten Präparate ist das Stratum lucidum und granulosum stark entwickelt. Epithelzapfen ragen in das kleinzellig infiltrirte Bindegewebe hinein und auch die Papillen befinden sich im Zustande kleinzelliger Infiltration. Ein drittes Präparat, welches einer Ichthyosis vulgaris der Mamma entstammt, zeigt ganz im Gegensatz zu den beiden anderen Präparaten das Stratum corneum vermindert, während Epithelzapfen stark vergrössert in das Rete hineinragen.

Was nun die auffallend schwarze Farbe dieser Ichthyosis anbelangt, so beruht sie nicht etwa auf einer Hypertrophie des Hautpigmentes, sondern ist zurückzuführen auf äussere Verschmutzungen der Haut, auf Staub-

partikelchen und andere Verunreinigungen, welche sich auf der Haut angesammelt und mit der Zeit die tiefschwarze Hautverfärbung hervorgerufen haben. Protrahirte Bäder und Waschungen mit grüner Seife haben zwar bisher keine erhebliche Farbenveränderung herbeigeführt, es ist jedoch fraglos, dass man im Stande sein wird, mit den geeigneten therapeutischen Massnahmen dem Patienten eine normale Hautfarbe zu verschaffen.

Die mikroskopischen Präparate entstammen einer Ichthyosis hystrix des Fusses, welchen wir aus dem Königl. Klinikum von Herrn Geheimrath v. Bergmann erhalten haben. Photographie sowie Präparat habe ich zum Vergleich mitgebracht. Dieser Wachsabdruck ist der Brust unseres Patienten entnommen; er gibt ein recht deutliches ganz objectives Bild der Erkrankung.

Discussion:

Herr G. Lewin kann den Fall nicht für Ichthyosis hystrix ansehen. Bei solchem fänden sich rundliche Platten mit oft centraler stachlicher Hervorragung, welche an Schilder erinnern. Der eclatante Fall ist der der Familie Lambert, welche ganz Europa durchreiste. Hier trat von Zeit zu Zeit eine Abstossung der hornartigen Masse ein, welche man als eine Art „Mauserung" auffasste. Solche Fälle von Hystricismus sind äusserst selten. Um den vorgestellten Fall zu charakterisiren, möchte Lewin seine Eintheilung der Ichthyosis erwähnen. 1. Die Pseudoichthyosis s. Ichthyosis sebacea der Autoren; 2. Icht. vera, und zwar: a) Icht. simplex (serpentina, scutulata), b) Icht. cornea und c) Icht. hystr. — Der vorgestellte Fall gehört zu der Icht. vera.

Was die schwarze Farbe anbetrifft, so meint Herr Lewin, dass nicht Alles Schmutz ist, sondern dass nebenbei noch Pigmentkörnchen aus dem abgestossenen Stratum corneum vorhanden sein können. Die Symmetrie, die Herr Isaac hervorgehoben, ist an einzelnen Stellen unterbrochen und was besonders bemerkenswerth, ist die Inguinalgegend von der Affection in diesem Falle nicht verschont.

Herr Blaschko meint, dass, wenn die Autoren bei diesen Schuppen von Pigment sprechen, dieselben nicht das mittelst Wanderzellen eingewanderte, sondern die Eigenfarbe der Hornsubstanz darunter verstehen. Die Keratosis follicularis darf aber nicht unter die Ichthyosis eingereiht werden, da diese immer ererbt, jene in jedem Alter auftreten kann.

Herr Köbner hält den Fall für eine Ichthyosis vulgaris, die nicht so selten ist. Die Beschmutzung kann in jedem Falle, der sehr lange nicht gebadet hatte, selbst auch noch nach den ersten Bädern partiell vorhanden sein. Nach seiner Ansicht befällt die Ichthyosis, wenn so ausgedehnt sichtbar, wie in diesem Falle an der Vorderseite des Stammes und den Extremitäten, den ganzen Körper, nur bestehen an den einzelnen Körpertheilen graduelle Unterschiede, so z. B. zeigt sich fast in jedem Falle auch eine der Pityriasis ähnliche Ichthyosis capitis, die auch bei diesem Patienten deutlich vorhanden ist. Was die Farbe anbetrifft, so glaubt er, dass, wenn es auch gelingt, die Haut abzuwaschen, in manchen Fällen eine Combination von übermässiger Pigmentablagerung bei Ichthyosis vorkommt. So habe z. B. auch dieser Patient in der Nähe der schwärzlichen ichthyotischen Hautstellen an der Hinterseite der Oberarme und dem rechten Schulterblatt mehrere linsenförmige Pigmentflecke.

Herr Lewin hält die Wirkung der Seife nur für eine palliative und gibt an, dass die beste Probe, um Ichthyosis nachzuweisen, ein Strich mittelst des Fingernagels über die zu untersuchende Partie sei, es zeige sich dann deutlich, ob Ichthyosis vorhanden sei oder nicht. Lentigines

finden sich bei den meisten Menschen, in Folge dessen dürften dieselben im vorgestellten Falle nicht als Characteristicum anzusehen sein.

Herr Rosenthal möchte in Uebereinstimmung mit vielen Autoren als mildeste Form der Ichthyosis die Pityriasis simplex betrachten, die in gleicher Weise, wie die Ichthyosis selbst, von Kindheit an in hartnäckiger Form auftritt und über den ganzen Körper verbreitet ist. Diese Form, bei der das Characteristicum in kleienförmigen Schüppchen besteht, ist durch Seifenbäder zu beseitigen, und dürften auch in dem vorgestellten Falle die jetzt ganz freien Stellen, im Anschluss an die Meinung des Herrn Köbner, von dieser mildesten Form befallen gewesen sein und nur jetzt in Folge der angewendeten Bäder frei erscheinen.

Herr Lewin findet es unangebracht, diese Form mit dem Namen Pityriasis zu belegen, da histologische, aber nicht klinische Aehnlichkeit existirt.

Herr Blaschko unterstützt die Ausführungen des Herrn Rosenthal durch die Angabe, dass er in einer Familie, in der Ichthyosis erblich war, bei den einzelnen Mitgliedern die verschiedensten Formen der Ichthyosis beobachtet habe — einzelne von ihnen zeigten nur eine Pityriasis simplex.

Herr Isaac: Bei der Besprechung des Falles hatte ich unterlassen, mit einigen Worten auf die Therapie der Ichthyosis einzugehen, welche bekanntlich darauf beruht, durch intensive Einfettung der betroffenen Haut die Schuppenlagen zu lösen und die Haut geschmeidig zu machen. Aus den pathologisch-anatomischen Betrachtungen geht hervor, dass wegen der erheblichen Verdickung der Hornzellenschicht die physiologisch sonst stets vorhandene Fettigkeit der Haut eine Einschränkung erfahren haben muss. Weder Talgdrüsen noch Schleimdrüsen sind pathologisch verändert; schliessen wir uns also der Ansicht des Herrn Dr. Mertsching an, dass das im Stratum gelegene Eleïdin oder Keratohyalin zur Fettbildung beiträgt, so lässt sich annehmen, dass durch den Druck der erheblich vermehrten Hornzellenlager eine mechanische Behinderung in der Fettabsonderung eintritt, weshalb die Haut bei Ichthyosis trocken und spröde bleibt. Auf unserer Klinik behandeln wir seit langer Zeit unsere Ichthyosispatienten mit reichlichen Einsalbungen von 2%igem Salicylvaselin und haben mit dieser harmlosen Einfettungsmethode in fast allen Fällen die günstigsten therapeutischen Resultate erzielt.

Dr. O. Rosenthal
Schriftführer.

II.

Bericht über den I. internationalen Congress für Dermatologie und Syphilographie zu Paris.

5. bis 10. August 1889.

In der Woche vom 5. bis 10. August tagte zu Paris, im Hôpital St. Louis, der altberühmten Pflegestätte der Dermatologie, der von den französischen Collegen einberufene I. internationale Congress für Dermatologie und Syphilographie. Ein ganzer Erfolg ist der verdiente Lohn für die Mühe, welche das Organisationscomité an das Zustandekommen des Congresses und die Aufstellung und Durchführung des Programmes verwendet hatte. Gegen 200 Theilnehmer waren angemeldet und zum grössten Theile erschienen, die nach ihrer Herkunft und Sprache eine wahrhaft internationale Versammlung darstellten.

Der Congress tagte in dem zwar seit Jahresfrist vollendeten, aber gewissermassen zu Ehren des Congresses erst jetzt inaugurirten neuen Musée de l'hôpital St. Louis. Dasselbe occupirt das 1. Stockwerk eines ad hoc aufgeführten Gebäudes, dessen Ebenerd-Räume dem riesigen täglichen Ambulatorium (200 – 300 Kranke) dienen und besteht aus einem kleineren Sitzungs- und einem Bibliotheksaal, je links und rechts von der Treppenplattform und einem die ganze übrige Tiefe des Stockwerkes einnehmenden grossen Saale, in welchem die mit Recht berühmten Baretta'schen Wachspräparate in wandständigen Glasschränken in übersichtlicher Weise, systematisch geordnet und bezeichnet, angebracht sind. Ein breiter Raum zwischen der einen Längs- und Stirnseite der Schrankwandung und den hellen Fensterreihen ist für Mikroskopir-Arbeiten eingerichtet.

Wahrlich, ein geeigneterer Versammlungsraum für diesen Fachcongress konnte nicht erdacht werden, als dieser Saal, der durch seine räumliche Bequemlichkeit ebenso angenehm, wie durch die in ihrer Art einzige Wanddecoration ernst und wissenschaftlich anregend wirkte.

Montag, den 5. August, Früh 9 Uhr, ward der Congress durch den (seither mit Tod abgegangenen) Ehrenpräsidenten Ricord, den unter der Last seiner 89 Jahre körperlich nur wenig gebeugten, geistig noch frischen Nestor der Syphilidologen eröffnet.

Hierauf folgte die Begrüssungsrede des Präsidenten Hardy, sodann eine solche des Sanitäts-Directors Peyron, aus der wir neben anerkennenden Worten für die eigentlichen Begründer der Museumssammlung, Lallier und Baretta, noch erfuhren, dass dieses nunmehr officiell eröffnete Museum

auf Kosten der Assistance publique erbaut und durch eine ansehnliche Jahresdotation (4000 Fr.) — mit der fixen Anstellung des Künstlers Baretta — in seinem weiteren Bestande gesichert sei; hierauf dann der kurze Geschäftsbericht des Secretärs Feulard — eines Congress-Secretärs wie er sein soll und wohl selten wieder gefunden werden dürfte. Nach erfolgter Wiederwahl der bisherigen Functionäre und Nennung der in üblicher Weise vorgeschlagenen Ehrenpräsidenten ging der Congress sofort an die Behandlung der von dem Organisations-Comité aufgestellten wissenschaftlichen Fragen, welche von nun ab die regelmässige Tagesordnung der Vormittagssitzungen bildeten, während den Nachmittagssitzungen die von den einzelnen Mitgliedern angemeldeten Vorträge und Demonstrationen zufielen.

Zur I. Frage: **De la constitution du groupe Lichen** nimmt zuerst Kaposi (Wien) das Wort zu einem Vortrage, der inzwischen in diesem Archive, 1889, pag. 743—755 in extenso erschienen ist. Wir glauben daher unsere Leser auf denselben verweisen zu dürfen. An diesen Vortrag knüpfte sich eine sehr lebhafte Discussion.

Jamieson (Edinburgh) will L. ruber acuminatus, L. planus und L. scrophulosorum in eine Gruppe zusammengefasst wissen. Pityriasis rubra pilaris kann er aber nicht für identisch halten mit L. ruber acuminatus, weil bei ersterer allgemeine Störungen des Organismus fehlen, und Arsenik sich unwirksam erweist.

Hallopeau (Paris) macht in einem grösseren Exposé geltend, dass die Knötchenform im Allgemeinen nicht genüge, um die Aufstellung solcher Formen als eigene Lichenkrankheit zu rechtfertigen — sie gehören eben verschiedenen Grundprocessen an, wie Eczem, Ichthyosis, Prurigo und nur die Form von Er. Wilson könne allenfalls den Namen Lichen behalten.

Hans Hebra (Wien) ist erstaunt, dass Kaposi den L. ruber Hebra mit Pityriasis rubra pilaris für identisch halte, das „habe sein Vater nicht gelehrt". Er hebt hervor, dass bei L. ruber schwere allgemeine Erscheinungen und selbst letaler Ausgang beobachtet wird, wie ja auch Kaposi selbst angeführt, die Schleimhaut auch befallen wird, was Alles bei Pityriasis pilaris fehlt, dass bei letzterer der Process in der Epidermis beginne, und gegen die Cutis vorschreite, bei L. ruber umgekehrt und er erklärt, dass „Kaposi von den Lehren der Wiener Schule abgewichen ist", indem er L. ruber mit Pityriasis rubra pilaris identificirt.

C. Boeck (Christiania), dessen publicirter Fall von Pityriasis pilaris von Kaposi speciell als mit L. ruber acuminatus identisch erklärt worden war, betont als besonders unterscheidend, dass bei ersteren rothe, glatte Plaques entstehen, über denen die Epidermis nicht verdickt, sondern in dünnen Lamellen und Fetzen sich loshebt und dann die Haut glatt und glänzend, aber nicht „chagriné" aussieht; ferners, dass die Knötchen bei Pityriasis pilaris oft in einer längeren Periode des Processes blass bleiben. Wie kann das L. ruber sein?

Neumann (Wien) stimmt ganz den Ausführungen Kaposi's bei, erinnert an seine ersten Beobachtungen und Mittheilungen über L. planus unter dem von ihm früher gewählten Namen von Herpes chronicus.

Unna (Hamburg): Da Kaposi seinen L. ruber acuminatus von Pytyriasis rubra pilaris der Franzosen nicht unterscheiden kann, „so kann die Identität des L. ruber acuminatus Kaposi mit L. ruber Hebra nicht mehr aufrecht erhalten werden. Der L. ruber acuminatus Kaposi ist fortan nur als eine weitere Benennung der früher beschriebenen Pityriasis rubra Devergie aufzufassen". Da aber der L. ruber Hebra doch zweifellos als eine schwere Krankheit existirt, so muss diese durch neue Untersuchungen

in ihr Recht eingesetzt werden". Dazu haben seine Arbeiten aus dem Jahre 1884 beigetragen, indem er „die Lücken" ausgefüllt hat, welche Hebra in Bezug auf die Anfangsstadien dieser Krankheit gelassen. Er will sich jetzt nicht mehr des Namens L. ruber acuminatus Kaposi für dieselbe bedienen, weil Kaposi diesen Namen nun auf einen von der Pityriasis rubra pilaris Devergie nicht zu unterscheidende Krankheit bezieht, sondern den Namen L. ruber neuroticus gebrauchen. Dabei will er doch diese Form wieder nicht mit L. planus acuten und universellen Ausbruches verwechselt wissen.[1])

Schwimmer (Budapest) weist die Aussage Róna's zurück, nach welcher L. ruber acuminatus nicht existiren solle, hält diesen zwar nicht für identisch mit L. planus, doch gebe es leichte Fälle von L. ruber acuminatus, die diesem sich nähern. Die „nervöse" Natur des L. ruber muss er, gegen Unna, als unbegründet erklären.

Malcolm Morris (London) erachtet L. planus Wilson und L. ruber für identische Processe, dagegen verschieden von Pityriasis rubra pilaris.

Dubois-Havenith (Brüssel) hat keinen Fall von L. ruber acuminatus gesehen, aber andererseits auch L. planus mit neurotischen Erscheinungen (Alop. areata und Zoster) beobachtet.

Leloir (Lille) schlägt vor, die Gruppe Lichen vor der Hand ganz aus der Nomenclatur zu streichen.

Schiff (Wien) meint, aus der bisherigen Discussion entnehmen zu können, dass der L. ruber Hebra als solcher beizubehalten wäre, u. zw. wegen der schweren Allgemeinsymptome, als „constitutionalis" oder nach Unna „neuroticus" — dass dagegen L. ruber acuminatus Kaposi mit Pityriasis pilaris Devergie, Richaud, Besnier identisch sei.

Besnier meint, dass Hebra unter seinen Fällen von L. ruber theils Formen, die Pityriasis rubra Devergie darstellen, theils vielleicht auch andere schwere Dermatosen, wie Pityriasis rubra gemeint haben müsse und derselbe daher gar nicht mehr als solcher aufrecht zu halten wäre. Ebenso sei Taylor's Fall von L. ruber acuminatus als Pityriasis rubra pilaris anzusehen. Es bleibe nur der Wilson'sche Typus als L. übrig, u. zw. die kleinpapulöse Form, acuminatus, gemischte Form, L. mit Riesenpapeln. L. obturus Unna, L. moniliformis Kaposi, L. hypertrophicus corné und L. atrophicus Kaposi-Hallopeau. L. scrophulosorum kenne man in Frankreich nicht.

De Amicis theilt einen Fall von L. planus mit.

Hebra bemerkt, das L. ruber acuminatus mit Pityriasis rubra Devergie identisch sei, dass aber vom L. der Typus Hebra und der Typus Wilson unterschieden werden müssten und dass L. ruber acuminatus Kaposi nicht auf den L. ruber Hebra passen könne.

Kaposi findet es sonderbar, dass Andere ihm sagen wollen, was er unter L. ruber acuminatus gemeint hat. Er hat damit den L. ruber Hebra, die von diesem beschriebene Form bezeichnet, wegen der spitzen (conischen Form) der Knötchen und zum Unterschiede von den flachen des L. planus Wilson. Man kann auch nicht darüber in Zweifel sein, dass er damit die Krankheitsfälle gemeint hat, die Hebra ursprünglich und dann er selber mit Hebra beobachtet, denn die vorgezeigten Abbildungen sind alle Fälle, die Hebra selber beobachtet und mit eigener Hand als L. ruber unterschrieben und die Kaposi als L. ruber acuminatus gegenüber dem planus bezeichnet hat. Man kann nur darüber discutiren, ob L. planus auch

[1]) Uebrigens hat auch Unna, wie Kaposi, Fälle gesehen von gleichzeitiger Anwesenheit von acuminatus- und planus-Formen.

L. ruber sei und ob Pityriasis rubra pilaris eine von L. ruber acuminatus verschiedene oder, wie Kaposi ausgeführt, damit identische Krankheit sei. Er müsse auf seinen vormittägigen Vortrag verweisen, bei dessen genauer Lecture Manches in anderem Lichte erscheinen dürfte, als dies nach dem blossen Anhören und der Discussion der Fall ist. Nur deshalb und um diese nicht in die Länge zu ziehen, versagt er sich es, manche der seither vorgebrachten Meinungen und auch irrige Deutungen zu widerlegen.

Unna kann auch nicht L. ruber acuminatus Kaposi auf den L. ruber Hebra beziehen, nur die Fälle, die er selber beschrieben hat, sind wahrer L. ruber Hebra, folglich ist er, Unna nämlich, der „wahre Nachfolger und Interpret von Ferd. Hebra".

Vidal führt des Längeren aus, dass alle Arten von Klein-Knötchenformen des L. planus Wilson mit allen von Besnier angeführten Modificationen corneus, moniliformis etc., aber auch Prurigo, Eczema papulosum etc. in eine Gruppe Lichen zusammengefasst werden sollen.

Vormittagssitzung, Dienstag den 6. August.

Präsident: Prof. De Amicis (Neapel).

Zur Discussion gelangt die von dem Organisations-Comité aufgestellte

II. Frage: **Du pityriasis rubra. — Des dermatitis exfoliatives généralisées primitives.**

Wenn die stenographischen Berichte über die zu dieser Frage gehaltenen Vorträge vorliegen werden, dürfte es ebenso wenig, wie damals für den Zuhörer, klar werden, inwieferne wirklich Pityriasis rubra Hebra denselben zu Grunde lag. Brocq und Schwimmer gaben dieser Wahrnehmung Ausdruck, indem sie vor Confusionen mit anderen allgemeinen Dermatitisformen warnten und Kaposi, indem er die Selbstständigkeit der Pityriasis rubra Hebra hervorhob und auf Hans Hebra's histologische Bearbeitung derselben hinwies, betonte zugleich die grosse Seltenheit der Pityriasis rubra, so dass viele Assistenten ihr Quadriennium absolviren, ohne einen Fall gesehen zu haben.

Brocq (Paris) fasst, conform der Darstellung in seiner früher publicirten Arbeit, in die Gruppe Pityriasis rubra: 1. Erythema scarlatiniforme desquamativum s. dermatite exfoliative aiguë bénigne. 2. Dermatite exfoliative universelle sousaiguë. 3. Dermatite exfoliative généralisée chronique. 4. Pityriasis rubra type Hebra. 5. Pityriasis rubra sousaiguë s. bénigne.

Jamieson (Edinburgh) betont, dass von Manchen alle möglichen Formen von exfoliativer und ausgebreiteter Dermatitis als Pityriasis rubra angesehen werden. Aehnliches auch

Petrini (Galatz), der einen typischen Fall von Pityriasis rubra Hebra durch 8 Monate beobachtet hat. Die mikroskopische Untersuchung ergab Verdickung der Wandung der Coriumgefässe, bis zu Verengerung und streckenweiser Obliteration der letzteren. Daneben existire auch der Typus des Erythème scarlatiniforme recidivant, in seinem Falle mit fünfmaliger Recidive, bei welcher Zelleninfiltration im oberen Corium und Epidermis-Verdickung sich vorfand.

Radcliff-Crocker (London) hat einen Fall von Pityriasis rubra gesehen, der mit Rheumatismus einherging.

Unna. Pityriasis rubra Hebra existirt. Darunter gibt es Formen, die nur durch die Verdickung der Haut sich von jener unterscheiden. Sie gehen aus Eczema seborrhoicum hervor, was schon durch den fettigen Geruch sich verrathe.

Vidal (Paris) hat einen, dem letzteren entsprechenden Fall gesehen.

Schwimmer (Budapest) vindicirt nur dem Hebra'schen Typus den Namen Pityriasis rubra, hat aber auch Fälle ohne letalen Verlauf gesehen.

Kaposi: Pityriasis rubra ist eine überaus seltene Krankheit. Es vergehen Jahre, ohne dass ein solcher zur Beobachtung kommt und manche unserer Assistenten haben ihre Dienstzeit beendet, ohne einen Fall gesehen zu haben. Man darf aber darum nicht an der Existenz dieser Krankheit zweifeln, andererseits aber auch nicht zu strenge aburtheilen, wenn Jemand Pityriasis rubra diagnosticirt, wo nicht eine solche vorliegt. Die Diagnose ist eben in Anbetracht der geringen oder ganz fehlenden Erfahrung darüber sehr schwer, oft auch mit fast unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden. Man denke nur, dass eine ganze Reihe von Dermatitiden bei universeller Verbreitung die Haut gleichmässig roth und schuppig und durchaus dann nicht immer mit Verdickung der Epidermis und des Coriums erscheinen lassen, wie Eczem, Psoriasis, Pemphigus foliaceus, Lichen ruber, Erythema toxicum, medicamentosum, septicum, und also der Pityr. rubra sehr ähnlich werden. Der letale Verlauf ist durchaus nicht für Pityriasis rubra-Diagnose bestimmend, denn ein solcher kann bei jeder universellen Dermatitis, welchen Ursprunges immer eintreten durch Complicationen mancherlei Art, Nephritis, Herzschwäche, letzteres besonders bei senilen Individuen. Potatores — kleine Kinder sterben gar leicht an jedweder solchen Dermatitis, z. B. an einem Chinin-Exanthem, ganz so wie bei einer ausgebreiteten Verbrennung, wenn auch nur ersten Grades, während Erwachsene solche Attaquen durchmachen. Wie leicht kann also ein weniger Erfahrener da fälschlich Pityriasis rubra diagnosticiren, während der mehr Versirte den originären Process noch herauszulesen vermag.

Für Pityriasis rubra ist charakteristisch der Beginn gleichzeitig an mehreren Stellen, meist der Gelenksbeugen, unter gleichmässiger und constant bleibender, Anfangs lebhafter, später bläulicher Röthung und sehr feinkleiiger Schilferung, Ausbreitung des Processes unter denselben Erscheinungen und Feststehen derselben an den ursprünglichen Stellen, wobei die endlich ausgebreitet und später universell hyperämische, Anfangs wärmer, in den späteren Stadien kühler als normal sich anfühlende Haut normal dick, fein, glatt oder feinkleiig aussieht. In den Spätstadien, nach mehreren Jahren tritt allmälige atrophische Schrumpfung und Verdünnung der Haut und der Epidermis ein. Hans Hebra hat in einem Falle die genaue histologische Untersuchung gemacht.

Hans Hebra stimmt den Ausführungen Kaposi's rücksichtlich der Existenz und der Symptome der Krankheit vollständig bei.

Besnier glaubt die Frage so weit erledigt zu sehen, und dass mit ihm Alle darin übereinstimmen, nur die von Hebra beschriebene Form als Pityrasis rubra gelten zu lassen, alle anderen, dieser ähnliche universelle Dermatitiden aber nach ihrem Grundprocesse zu benennen.

Nachmittagssitzung, Dienstag den 6. August.

Vorsitzender: Kaposi (Wien).

De Amicis (Neapel) berichtet über multiple Keloide (318 Knoten verschiedenster Grösse); bei einer neurotischen Frau und histologische Untersuchung der Knoten.

Vidal (Paris) hat symmetrisches Auftreten des Keloid gesehen und ist deshalb geneigt, eine trophoneurotische Ursache desselben anzunehmen.

Hardy (Paris) bemerkt, dass die von anderer Seite angenommene Beziehung der Scrophulose zum wahren Keloid irrig sei.

Kaposi bezieht sich auf seine Publication aus dem Jahre 1869, nach

welcher nicht nur einzelne Individuen, sondern einzelne Familien und in seinem Falle einzelne Negerracen die Disposition zeigen, auf die geringsten Traumen, Peitschenhiebe, Stoss, Reizung Keloide zu bekommen, so dass sie mit fortschreitendem Alter mit Keloid-Geschwülsten allseitig bedeckt erscheinen.

Arnozan (Bordeaux) berichtet über „Lésions vasculaires dans la sclérodactylie" — Endarteriitis an den Arterien des Hohlhandbogens.

Schiff (Wien) spricht über die Erfolge des Jodoformverbandes bei Verbrennungen aus der Abtheilung von Mosetig (Wien), wogegen Hebra (Wien) ein- bis zweiprocentige Resorcinumschläge als vorzüglicher empfiehlt.

Barthélemy (Paris) („Sur l'étiologie et traitement de l'acné"), erörtert die Beziehung der Magenerweiterung und Verdauungsstörungen zur Acne follicularis und Seborrhöe.

Jacquet (Paris) bespricht das Bromexanthem, anknüpfend an einen letal verlaufenen Fall. Im Secret der Knoten war das Brom nachweisbar. Er hat nie nach kleinen Dosen des Medicamentes Bromakne auftreten gesehen.

Kaposi erinnert an seinen Fall von intensiver allgemeiner Bromakne bei einem mehrmonatlichen Kinde, bei welchem das Brom durch die Milch der es nährenden Mutter in das Kind übergegangen war und diese intensive Erkrankung veranlasst hatte.

Manassei (Rom) sprach über elektrolytische Behandlungsmethoden bei Varicocele, Lupus, Carcinom und mehrere interessante casuistische Beobachtungen.

Morison (Baltimore) spricht über den vielumstrittenen Gegenstand der „Pigmentation der Neger-Neugeborenen". Nach seinen Beobachtungen ist schon in den letzten Schwangerschaftsmonaten und stets bei der Geburt dieselbe vorhanden, wegen der stärkeren Hauthyperämie aber weniger sichtbar und auch nicht so intensiv als später. Dieselbe nimmt in den ersten Tagen und Wochen rasch zu bis zur Intensität der Färbung bei Erwachsenen.

Perrin (Paris) erörtert die Leukoplakia der Zunge. Er hat mittelst Galvanokauter örtlich bleibenden Erfolg erzielt, wogegen Schwimmer (Budapest) 5—10procentige Papayotinlösung, v. Watraszewski (Warschau) doppeltchromsaures Kali 1 : 50—1 : 25 empfiehlt. Ueber die histologischen Verhältnisse der Leucoplakia buccalis sprachen nebst Perrin noch Leloir (Lille) und Schwimmer (Budapest), welcher Letztere darauf hinwies, dass er, der Erste, bezügliche Untersuchungen gemacht und publicirt hat.

Vormittagssitzung, Mittwoch den 7. August.

Präsident: Mc. Call Anderson (Glasgow).

III. Frage: „Du pemphigus. — Des dermatoses bulleuses complexes ou multiformes."

Diese Frage war schon Tags zuvor zur Erörterung vorgenommen, jedoch grösstentheils erst in dieser Vormittagssitzung discutirt worden.

Brocq (Paris) verlas zunächst ein eben eingelangtes Schreiben von Duhring (Philadelphia), in welchem dieser erklärt, dass er auf Grund der bezüglichen Publicationen Kaposi's sich veranlasst sehe, die Impetigo herpetiformis von seiner Dermatitis herpetiformis nunmehr auszunehmen.

Ueber die letztere sprach dann weiter Brocq im Sinne seiner bekannten früheren Arbeit und erklärte, dass Dermatitis herpetiformis Duhring eine von Pemphigus loszutrennende, selbstständige und wohl charakte-

risirte Krankheit vorstelle, welche nach seinen bis in die letzte Zeit fortgesetzten Beobachtungen einzutheilen wäre in:

1. Die chronische Form mit successiven Ausbrüchen, 2. die subacute oder benigne Form, 3. der Herpes gestationis. 4. die acute Form mit einmaligem, oder mit sich wiederholenden Ausbrüchen — alle diese mit den Varietäten von Polymorphie (Erythem, Papeln, Bläschen, Blasen, Pusteln) oder von Typie.

Neumann (Wien) erinnert daran, dass er zuerst den Pemphigus vegetans beschrieben habe, zählt dessen Symptome conform seinen früheren Beschreibungen auf und betont die Schwierigkeit der Differentialdiagnose gegenüber von Syphilis.

Radcliff Crocker (London) hat einen solchen Fall beobachtet.

Schwimmer plaidirt für die Anwendung der Bezeichnung Dermatitis herpetiformis nach Duhring für gewisse seltene Vorkommnisse von Blaseneruptionen, indem er zugleich eine bezügliche Abbildung vorweist, möchte aber nicht, dass die schon als gut charakterisirt bekannten Processe: Erythema multiforme, Herpes Iris, Pemphigus, deshalb bei Seite geschoben werden,

Kaposi (Wien) hätte nichts dagegen einzuwenden, wenn sich Jemand des Ausdruckes Dermatitis herpetiformis bedient, aber die Diagnose eines besonderen Krankheitsprocesses kann er darin nicht sehen. Es ist nicht anders, wie mit der gestern erörterten Pityriasis rubra. Wenn ein Unerfahrener die Haut roth und schuppig sieht und etwas Latein und Griechisch aus dem Lycée mitgebracht hat, so mag er ruhig Pityriasis rubra sagen, denn *πιτυρον* heisst Schuppe und ruber roth. Wenn er aber in den Jahren und in der Erfahrung fortschreitet, so wird er allmälig dazu gelangen, aus den verschiedenen Fällen von diffuser Röthung und Schuppung der Haut das Eczem, den Pemphigus, die Psoriasis, den Lichen ruber, herauszulösen. Nicht anders steht es rücksichtlich der Dermatitis herpetiformis Duhring.

In dieser Beziehung ist der vorhin verlesene Brief von Duhring sehr lehrreich. Impetigo herpetiformis war früher nicht weniger vollständig beschrieben worden, als durch die letzte Arbeit Kaposi's. Aber aus der blossen Lecture hat sich doch Duhring keine genügend klare Vorstellung von derselben gemacht — man kann sich auch Landschaften nach der besten Beschreibung kaum vorstellen — und dieselbe seiner Dermatitis herpetiformis zugezählt. Kaum aber sind die Abbildungen in Kaposi's Arbeit erschienen, wird die Vorstellung Duhring's von der Krankheit klarer und er entschliesst sich sofort, dieselbe aus der Dermatitis herpetiformis auszunehmen, so wird es auch weiter gehen. Kaposi führt nun in Hauptzügen alle die Krankheitsformen vor, bei welchen ganz dieselben Symptome in Allem und Jedem vorkommen, wie sie von Duhring und Brocq für Dermatitis herpetiformis geltend gemacht werden, Form, anatomischer Charakter, Polymorphie der Efflorescenzen, fieberhafte und fieberlose Eruptionen, acuten und chronischen Verlauf, Eruptions- und Rückbildungsperioden u. s. w. und fährt fort: der weniger Erfahrene wird in all diesen Dermatitis herpetiformis sehen, denn es sind Erscheinungen der Hautentzündungen mit Erythem, Knötchen, Quaddeln, Bläschen- und Blasenbildung, aber das ist nichts mehr, als eine „Verlegenheits-Diagnose". Denn je erfahrener der Beobachter, desto mehr wird er fähig, die einzelnen Fälle für typisches Erythema polymorphe im Sinne Hebra's, als Herpes und Erythema Iris, oder als Pemphigus zu diagnosticiren, besonders wenn man wieder die verschiedenen Formen und Verlaufsweisen des letzteren kennt, als pruriginosus, foliaceus, crouposus etc., die Kaposi weiter in den Hauptmomenten zu charakterisiren sucht, besonders mit Betonung des

Wandels der Formen bei denselben Kranken in den verschiedenen Eruptionszeiten, der hohen Bedeutung des Processes für den Betroffenen, des in der Mehrzahl schliesslichen letalen Ausganges. So ist ihm selbst auf Fournier's Abtheilung ein Fall von Dermatitis herpetiformis gezeigt worden, den er keinen Augenblick ansteht, als Pemphigus vulgaris anzusprechen. So wird denn in demselben Masse der Rahmen der Dermatitis herpetiformis immer enger, je mehr man in den Stand kommt, die speciellen Krankheitsprocesse, die unter dieser generellen äusseren Form auftreten, aus demselben diagnostisch auszulösen — „für mich" — schliesst Kaposi — „ist dieser Rahmen schon sehr eng geworden, fast bis zur Unsichtbarkeit".

Unna schliesst sich vollständig Brocq an, nur schlägt er für Dermatitis herpetiformis den Namen „Hydroa" vor, von der er zehn Varietäten mit namentlicher Bezeichnung vorzählt. Damit meint Unna, „ist für die Dermatitis herpetiformis das Nothwendige geschehen. Diese Krankheit ist nun gut beschrieben. So klar aber die Frage der Dermatitis herpetiformis, so dunkel ist die vom Pemphigus. Da muss noch Ordnung geschafft werden und dies erwarten wir von der Wiener Schule."

Schwimmer glaubt, dass nicht alle Fälle von vesiculösen und bullösen Eruptionen — in die Classe des Pemphigus gerechnet werden können und für die Bezeichnung mit Dermatitis herpetiformis passen. „Warum", fragt Schwimmer, „hat denn Kaposi den Fall Wunderlich's — remittirendes Fieber mit Bläschenbildung — nicht auch als kleinblasigen Pemphigus, sondern mit als Erythema Iris et circinatum anerkannt?" Nach Kaposi's Darstellung könnte man in den meisten Fällen die Diagnose erst nach dem Tode oder nach der Heilung des betreffenden Kranken machen.

Brocq wendet sich gegen den Ausspruch Kaposi's, dass „Dermatitis herpetiformis" eine „Verlegenheitsdiagnose" sei. Die Krankheit sei wohl charakterisirt, doch gibt er zu, dass es eine Menge von vesiculösen und bullösen Formen gibt, die nicht dazu gehören, namentlich Pemphigus, der aber genauerer Studien noch bedürfe.

Unna's Vorschlag, die Krankheit jetzt Hydroa zu nennen, könne man für Frankreich nicht acceptiren, weil dieser Name hier für Herpes Iris gebraucht werde.

Vidal äussert sich über den letzten Punkt in gleichem Sinne und stellt einen Fall von „Dermatitis herpetiformis" vor.

Zugleich stellt Feulard den schon erwähnten Fall aus Fournier's Klinik vor.

IV. Frage: **„Du trichophyton. Des dermatoses trichophytiques."**

Butte führt seine Behandlungsmethode bei Trichophytie in den Details an (wesentlich Seifenwaschungen und Jodquecksilber-Salben).

Besnier will alle reizenden Anwendungen ferngehalten wissen, da diese Dermatitis und Kahlheit herbeiführen könne, während nach seiner Ueberzeugung die Trichophytie bei spontanem Verlaufe in kürzerer oder längerer Zeit von selbst heilt ohne kahle Stellen zu hinterlassen.

Quinquaud bestreitet letzteres, ist aber auch gegen irritirende Applicationen.

Vidal, Hallopeau machen therapeutische Bemerkungen, Ersterer hält Herpes tonsurans für leichter heilbar als Favus, weil die Pilze des letzteren anaërob sind und ins Corium eindringen, die des ersteren aërob sind und daher auch von den Medicamenten sicherer getroffen werden.

Neumann, Hebra, bemerken die relative Seltenheit der Trichophytie in Wien, Drysdale (London) deren Häufigkeit in London. Höchst interessant ist aber die neuerliche Bestätigung der schon längst bekannten Häufigkeit der Trichophytie in Paris durch

risirte Krankheit vorstelle, welche nach seinen bis in die letzte Zeit fortgesetzten Beobachtungen einzutheilen wäre in:

1. Die chronische Form mit successiven Ausbrüchen, 2. die subacute oder benigne Form, 3. der Herpes gestationis. 4. die acute Form mit einmaligem, oder mit sich wiederholenden Ausbrüchen — alle diese mit den Varietäten von Polymorphie (Erythem, Papeln, Bläschen, Blasen, Pusteln) oder von Typie.

Neumann (Wien) erinnert daran, dass er zuerst den Pemphigus vegetans beschrieben habe, zählt dessen Symptome conform seinen früheren Beschreibungen auf und betont die Schwierigkeit der Differentialdiagnose gegenüber von Syphilis.

Radcliff Crocker (London) hat einen solchen Fall beobachtet.

Schwimmer plaidirt für die Anwendung der Bezeichnung Dermatitis herpetiformis nach Duhring für gewisse seltene Vorkommnisse von Blaseneruptionen, indem er zugleich eine bezügliche Abbildung vorweist, möchte aber nicht, dass die schon als gut charakterisirt bekannten Processe: Erythema multiforme, Herpes Iris, Pemphigus, deshalb bei Seite geschoben werden,

Kaposi (Wien) hätte nichts dagegen einzuwenden, wenn sich Jemand des Ausdruckes Dermatitis herpetiformis bedient, aber die Diagnose eines besonderen Krankheitsprocesses kann er darin nicht sehen. Es ist nicht anders, wie mit der gestern erörterten Pityriasis rubra. Wenn ein Unerfahrener die Haut roth und schuppig sieht und etwas Latein und Griechisch aus dem Lycée mitgebracht hat, so mag er ruhig Pityriasis rubra sagen, denn πιτυρον heisst Schuppe und ruber roth. Wenn er aber in den Jahren und in der Erfahrung fortschreitet, so wird er allmälig dazu gelangen, aus den verschiedenen Fällen von diffuser Röthung und Schuppung der Haut das Eczem, den Pemphigus, die Psoriasis, den Lichen ruber, herauszulösen. Nicht anders steht es rücksichtlich der Dermatitis herpetiformis Duhring.

In dieser Beziehung ist der vorhin verlesene Brief von Duhring sehr lehrreich. Impetigo herpetiformis war früher nicht weniger vollständig beschrieben worden, als durch die letzte Arbeit Kaposi's. Aber aus der blossen Lecture hat sich doch Duhring keine genügend klare Vorstellung von derselben gemacht — man kann sich auch Landschaften nach der besten Beschreibung kaum vorstellen — und dieselbe seiner Dermatitis herpetiformis zugezählt. Kaum aber sind die Abbildungen in Kaposi's Arbeit erschienen, wird die Vorstellung Duhring's von der Krankheit klarer und er entschliesst sich sofort, dieselbe aus der Dermatitis herpetiformis auszunehmen, so wird es auch weiter gehen. Kaposi führt nun in Hauptzügen alle die Krankheitsformen vor, bei welchen ganz dieselben Symptome in Allem und Jedem vorkommen, wie sie von Duhring und Brocq für Dermatitis herpetiformis geltend gemacht werden, Form, anatomischer Charakter, Polymorphie der Efflorescenzen, fieberhafte und fieberlose Eruptionen, acuten und chronischen Verlauf, Eruptions- und Rückbildungsperioden u. s. w. und fährt fort: der weniger Erfahrene wird in all diesen Dermatitis herpetiformis sehen, denn es sind Erscheinungen der Hautentzündungen mit Erythem, Knötchen, Quaddeln, Bläschen- und Blasenbildung, aber das ist nichts mehr, als eine „Verlegenheits-Diagnose". Denn je erfahrener der Beobachter, desto mehr wird er fähig, die einzelnen Fälle für typisches Erythema polymorphe im Sinne Hebra's, als Herpes und Erythema Iris, oder als Pemphigus zu diagnosticiren, besonders wenn man wieder die verschiedenen Formen und Verlaufsweisen des letzteren kennt, als pruriginosus, foliaceus, crouposus etc., die Kaposi weiter in den Hauptmomenten zu charakterisiren sucht, besonders mit Betonung des

Wandels der Formen bei denselben Kranken in den verschiedenen Eruptionszeiten, der hohen Bedeutung des Processes für den Betroffenen, des in der Mehrzahl schliesslichen letalen Ausganges. So ist ihm selbst auf Fournier's Abtheilung ein Fall von Dermatitis herpetiformis gezeigt worden, den er keinen Augenblick ansteht, als Pemphigus vulgaris anzusprechen. So wird denn in demselben Masse der Rahmen der Dermatitis herpetiformis immer enger, je mehr man in den Stand kommt, die speciellen Krankheitsprocesse, die unter dieser generellen äusseren Form auftreten, aus demselben diagnostisch auszulösen — „für mich“ — schliesst Kaposi — „ist dieser Rahmen schon sehr eng geworden, fast bis zur Unsichtbarkeit“.

Unna schliesst sich vollständig Brocq an, nur schlägt er für Dermatitis herpetiformis den Namen „Hydroa“ vor, von der er zehn Varietäten mit namentlicher Bezeichnung vorzählt. Damit meint Unna, „ist für die Dermatitis herpetiformis das Nothwendige geschehen. Diese Krankheit ist nun gut beschrieben. So klar aber die Frage der Dermatitis herpetiformis, so dunkel ist die vom Pemphigus. Da muss noch Ordnung geschafft werden und dies erwarten wir von der Wiener Schule.“

Schwimmer glaubt, dass nicht alle Fälle von vesiculösen und bullösen Eruptionen — in die Classe des Pemphigus gerechnet werden können und für die Bezeichnung mit Dermatitis herpetiformis passen. „Warum“, fragt Schwimmer, „hat denn Kaposi den Fall Wunderlich's — remittirendes Fieber mit Bläschenbildung — nicht auch als kleinblasigen Pemphigus, sondern mit als Erythema Iris et circinatum anerkannt?“ Nach Kaposi's Darstellung könnte man in den meisten Fällen die Diagnose erst nach dem Tode oder nach der Heilung des betreffenden Kranken machen.

Brocq wendet sich gegen den Ausspruch Kaposi's, dass „Dermatitis herpetiformis“ eine „Verlegenheitsdiagnose“ sei. Die Krankheit sei wohl charakterisirt, doch gibt er zu, dass es eine Menge von vesiculösen und bullösen Formen gibt, die nicht dazu gehören, namentlich Pemphigus, der aber genauerer Studien noch bedürfe.

Unna's Vorschlag, die Krankheit jetzt Hydroa zu nennen, könne man für Frankreich nicht acceptiren, weil dieser Name hier für Herpes Iris gebraucht werde.

Vidal äussert sich über den letzten Punkt in gleichem Sinne und stellt einen Fall von „Dermatitis herpetiformis“ vor.

Zugleich stellt Feulard den schon erwähnten Fall aus Fournier's Klinik vor.

IV. Frage: **„Du trichophyton. Des dermatoses trichophytiques.“**

Butte führt seine Behandlungsmethode bei Trichophytie in den Details an (wesentlich Seifenwaschungen und Jodquecksilber-Salben).

Besnier will alle reizenden Anwendungen ferngehalten wissen, da diese Dermatitis und Kahlheit herbeiführen könne, während nach seiner Ueberzeugung die Trichophytie bei spontanem Verlaufe in kürzerer oder längerer Zeit von selbst heilt ohne kahle Stellen zu hinterlassen.

Quinquaud bestreitet letzteres, ist aber auch gegen irritirende Applicationen.

Vidal, Hallopeau machen therapeutische Bemerkungen, Ersterer hält Herpes tonsurans für leichter heilbar als Favus, weil die Pilze des letzteren anaërob sind und ins Corium eindringen, die des ersteren aërob sind und daher auch von den Medicamenten sicherer getroffen werden.

Neumann, Hebra, bemerken die relative Seltenheit der Trichophytie in Wien, Drysdale (London) deren Häufigkeit in London. Höchst interessant ist aber die neuerliche Bestätigung der schon längst bekannten Häufigkeit der Trichophytie in Paris durch

Besnier, der fast ständig, gleich den anderen Spitalscollegen an 100 Fälle habe, während Favus ausserhalb Paris häufig, in Paris selbst aber nur importirt, zu finden ist. Seine derzeit geübte Therapie besteht in Abscheeren der Haare, Epilation der gesunden Haare in einer $^1/_2$ Ctm. breiten Zone um den Krankheitsherd, Abends Einreiben einer 1procentigen Borsalbe, Früh Seifenwaschung.

Nachmittagssitzung, Mittwoch den 7. August.

Präsident: Eusebio Castelo (Madrid).

Euthyboule (Constantinopel) über einen Fall periodisch wiederkehrender Tertiärsyphilis bei einem 17jährigen Mädchen.

Ducrey (Neapel) theilt die Resultate seiner experimentellen Studien über das Contagium des weichen Schankers mit.

Durch in einer Reihe von 5 bis 6 Generationen fortgeführte Impfungen des Schankereiters ist es ihm gelungen, alle früher anwesenden Bacterienarten auszuschliessen, bis auf eine, die er nun als Bacillus des weichen Schankers ansieht. Derselbe kommt aber nicht im Schanker-Bubo vor, der also nicht eine directe Wirkung desselben ist.

Petrini (Bukarest) hat von Impfungen mit insontem Eiter nur negative Resultate erzielt.

Fournier dagegen durch Bubo-Eiterimpfungen öfters typische weiche Schanker beobachtet.

Neumann erklärt, dass er Anhänger der Dualitätslehre sei.

Houlky Bey (Constantinopel) spricht über Syphilis in Constantinopel und die Wirkung der verschiedenen Quecksilberpräparate bei hypodermischer Anwendung.

Quinquaud (Paris) und Thibièrge (Paris) stellen drei typische Fälle von Xeroderma pigmentosum Kaposi vor.

Pringle (London) bringt die Abbildung eines solchen aus London, mit der Bemerkung, dass vielleicht auch milde Formen anzunehmen wären, da durch örtliche Mittel theilweise Besserung der Symptome zu erzielen ist und dass das Auftreten von multiplen Carcinomen auf eine bacterische Ursache hindeute.

Vidal hat in einem Falle von Xeroderma pigmentosum unter Variola die Epitheliome schwinden, aber nach wenigen Monaten wiederkehren gesehen.

Schwimmer hat den Process, was selten, bei einem älteren (35jährigen) Manne beobachtet.

Unna gibt an, durch Pyrogallus und Resorcin, sowie Abhalten des Sonnenlichtes Besserung erzielt zu haben.

V. Frage: **„Direction générale et durée du traitement de la syphilis“** und die VI. Frage: **„Fréquence rélative de la syphilis tertiaire. — Conditions favorables à son développement“** kamen Donnerstag den 7. August (Präsident: Prof. Neumann, Wien) und Freitag den 8. August (Präsident: Dr. Unna, Hamburg) in den Vormittagssitzungen zur Erörterung, unter grosser Betheiligung der Mitglieder.

Neumann zieht aus einem Beobachtungsmateriale von 700 Fällen die Schlussfolgerung, dass die tertiär-syphilitischen Veränderungen nicht als directe Metastasen secundär-syphilitischer Ablagerungen zu betrachten seien, sondern als Folge von Metamorphosen der letzteren, welche sie in Folge ungenügender Hg-Behandlung, oder unter depravirenden Ernährungs- und constitutionellen Einflüssen (Alkoholismus, Tuberculose etc.) erfahren,

und dass dann auf Schädlichkeiten allerlei Art, Erkältung, Traumen, Tophi entstehen, an der Zunge durch den Reiz des Tabaks, Alkohols, Gummen.

Drysdale (London) glaubt, dass Quecksilberbehandlung am meisten der Tertiärsyphilis vorbeuge, da nach seiner Erfahrung 8 Procent der nicht mit Hg behandelten Kranken von derselben heimgesucht werden.

Mauriac (Paris) kritisirt in eingehender Weise die verschiedenen bezüglich der Häufigkeit, Localisation und Form der Tertiärsyphilis in Betracht kommenden Momente. Weder Form noch Intensität der Initial- und Frühsymptome gestatten eine Vorhersage bezüglich der Tertiärsyphilis, sie stehe in keinerlei Proportion zu derselben, individuelle Verhältnisse scheinen da massgebend, auch die Statistik gebe keinen genügenden Aufschluss. 10 bis 15 Procent der mit acquirirter Syphilis Erkrankten zeigen später Tertiärsyphilis. Diese trete im Allgemeinen früher auf, als sonst gelehrt wurde.

Eine besonders eingehende Erörterung erfuhr die VI. Frage („Tertiäre Syphilis") durch einen ebenso formvollendeten wie gehaltvollen Vortrag Fournier's (Paris).

Aus einem Beobachtungsmateriale von mehreren Tausend Tertiärfällen seiner 29jährigen Privatpraxis hat Fournier (Paris) entnommen, dass in 2395 in dieser Beziehung genau bestimmbaren Fällen die Frequenz der Tertiärsyphilis am höchsten und in steigender Proportion aufgetreten war vom 1. bis 3. Jahre nach der Infection, vom 4. bis 11. Jahre stetig abnahm, wenn sie auch noch eine hohe Zahl aufweist, in den folgenden 10 Jahren nur allmälig abfiel, vom 21. bis 30. Jahre schon bedeutend verringert und später nur selten erscheint, woraus die praktisch wichtige Thatsache erhellt, dass die Tertiärsyphilis, nicht, wie allgemein angenommen wird, den exquisit späten Perioden, sondern der relativ frühen Periode und in grösster Frequenz dem 3. Jahre post infectionem angehört.

Eine zweite Reihe von Beobachtungen und statistischer Mittheilungen Fournier's bezieht sich auf die durch die Tertiärsyphilis bedingten Formen und Systemerkrankungen mit dem Ergebniss höchst überraschender Zahlen. So fand er unter 3429 Fällen gummös-ulceröse Erkrankung der Genitalien (syphilide ulcéreuse chancriforme, die oft als Reinfectio syphilitica imponirt) 157, der Knochen 336, der Hoden 145, des Herzens 2, der Aorta 6, der Leber und Nieren je 9, der Lungen 14, der Augen 69, des Gehörorgans 8, des Nervensystems 1085, darunter des Gehirns 461, des Rückenmarkes 77, tabetische Formen 400, Muskelatrophie 19, Augenmuskellähmung 57, so dass nach Fournier das Nervensystem von allen Geweben und Systemen am häufigsten vom syphilitischen Virus befallen wurde.

Zambaco (Constantinopel), auf sein bekanntes Werk „Des affections nerveuses syphilitiques" (Paris 1862) hinweisend, betont die Häufigkeit der Syphilis des Nervensystems.

Haslund (Kopenhagen) hat unter 5118 Fällen 9·9% Tertiärformen, aber am häufigsten an der Haut, demnächst bei Männern am Nervensystem gesehen und beschuldigt ebenfalls die ungenügende Behandlung als Hauptgrund.

Vaccine-Syphilis hat Fournier ebenfalls Gelegenheit gehabt zu besprechen und zu demonstriren, da eben eine Reihe solcher Fälle in Paris vorgekommen ist.

Vajda (Wien) führt die statistischen Daten, aus den an den Wiener Spitälern 1870—1877 vorgekommenen 632 Fällen tertiärer Syphilis unter 9737 Syphilitischen an, unter denen 62% keine antisyphilitische Behandlung vorher gemacht hatten.

Leloir (Lille) meint, dass nach den auch von ihm getheilten Meinungen der Vorredner über das Auftreten der Tertiärsyphilis, die bisherige

chronologische Charakteristik der letzteren mehr keine Berechtigung habe und dieselbe als ein nicht resolutives, destructives Syphilom bezeichnet werden könnte.

Zur V. Frage: „Direction générale et durée du traitement de la syphilis“ sprachen in der Freitag-Vormittagssitzung (Präsident: Unna, Hamburg):

Mc. Call. Anderson (Glasgow): Die Allgemeinbehandlung soll begonnen werden, wenn die Secundärsymptome unzweifelhaft vorliegen. Das von Amerika her empfohlene „Liquid de Stillingia“ hat er ohne Wirkung gefunden. Quecksilber ist gegen Früh- und Spätsymptome heilsam. Für Inunction ist Schoemaker's Proto-Oleat des Hg das beste Mittel; er ziehe jedoch subcutane Sublimatinjection vor. Die Behandlung soll noch ein Jahr nach Verschwinden der Symptome fortgesetzt werden.

Langlebert (Paris): Die Behandlung soll schon bei prononcirten Prodromalsyptomen (Kephalalgie) beginnen, am besten Sublimat innerlich und soll gegen alle sichtbaren Symptome in wechselnder Dosis gegeben werden; das Jodkali nur während der Latenz der Syphilis, u. zw. durch drei Jahre, es ist das „chronische Remedium“ der Lues, ausser gegen gewisse Symptome (Kopf- und Gelenksschmerzen), gegen welche es rasch specifisch wirke.

Diday (Lyon). Die antisyphilitisch (antibacteriell) wirkenden Medicamente sollen nur in den Epochen angewendet werden, in welchen sichtbare Symptome zugegen sind, aber da energisch, bis zum Schwinden der letzteren. Vor Recidiven schützt keines.

Jullien (Paris) erörtert die Symptome von Magenerweiterung, die er häufig bei Tertiärsyphilis vorgefunden habe, welche aber von dieser unabhängig sind, und deren directe Behandlung den sehr lästigen Symptomencomplex beseitigt, während mercurielle Behandlung eher schadet.

Leloir berichtet über die Resultate seiner in Gemeinschaft mit Tavernier in der Zahl von 1573 gemachten subcutanen Injectionen mit Vaselinöl 12, Calomel 1; Vaselinöl 12, gelbes Quecksilberoxyd 1; Vaselinöl 40, regulin. Hg. 20, Tinct. Benzoë aeth. 5. Beide Autoren finden die Methode anwendbar gegen die resolutiven und leichten Frühformen (Roseola), unwirksam gegen Schleimhaut-Affectionen und nicht zu empfehlen gegen Spätformen und namentlich nicht gegen cerebro-spinale Lues. Die Einreibungen haben ihnen Erfolg gegeben, wo die Injectionen unwirksam geblieben waren. Die Behandlung soll erst bei constatirter Allgemeinsyphilis vorgenommen werden.

Schwimmer findet es unlogisch, mit der Behandlung erst zu warten, bis manifeste Secundärsymptome da sind, man soll damit anfangen, sobald die Sklerose und namentlich Drüsenschwellung constatirt sind. Im Gegensatz zu Leloir hat er gerade bei zu spätem Beginn der Behandlung schwere Formen kommen gesehen. Er hat das Hg-Salicylat besonders wirksam gefunden.

Neumann zieht die Inunctionscur den Injectionen vor und beginnt mit der Behandlung, sobald die Sklerose constatirt ist. Die Behandlung soll über die Zeit des Verschwindens der sichtbaren Erscheinungen hinaus fortgesetzt werden.

Kaposi hält, wie von ihm bekannt, die Inunctionscur für die wirksamste und in allen Fällen, wo Periculum in mora, soll nur zu dieser Methode gegriffen werden. Dennoch hat er die Injectionsmethoden, sowohl mit den löslichen, als mit den unlöslichen Quecksilberpräparaten in grossem Massstabe und jedes einzelne monate- und jahrelang und gleichzeitig — des Vergleiches halber — gegen die verschiedenartigsten Formen ange-

wendet. Sie sind allesammt wirksam, darüber ist, im Allgemeinen gesprochen, nicht zu streiten. Allein bezüglich der Injectionen mittels unlöslicher Hg-Präparate, der verschiedenen Hg-Suspensionen in Oel, Vaselinöl, Glycerin, muss er doch auf einen principiellen Irrthum aufmerksam machen, der bis nun schon vielfach böse Folgen herbeigeführt hat. Er bezieht sich auf eine Mittheilung, die er auf dem Prager Congresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft im Juni d. J. gemacht hat, und die noch nicht allgemein bekannt zu sein scheint, über einen Fall von letaler Hydrargyrose nach Injection mit Oleum ciner. nach E. Lang und mehrere andere Fälle von schwerer Intoxication, sowie über die näheren Untersuchungen durch seinen Assistenten Dr. Lukasiewicz über die histologischen Verhältnisse an den Injectionsstellen. Auch Andere haben schon früher solche Erfahrungen gemacht, wie in der bezüglichen Arbeit angeführt ist. Auf Kaposi's Klinik ist bei einer sonst gesunden Frau nach 6 Injectionen des Oleum ciner. innerhalb 8—10 Wochen (die näheren Daten weiss er momentan nicht genau anzugeben) gangränöse Stomatitis, hohes Fieber, unstillbare Diarrhöe und letaler Ausgang erfolgt. Bei der Section fand sich das ganze Colon descendens von der Schleimhaut aus gangränös. Die ganze Stelle, an der 6 Wochen vorher eine einzige Injection von 2 Theilstrichen der Spritze mit Oleum ciner. gemacht worden war, wurde excindirt. Prof. Mauthner fand nun bei der chemischen Untersuchung mehr als 70% des hier injicirten Hg-Quantums noch vor. Die Resorption war also eine minimale und dennoch diese schwere Intoxication. In anderen 5 Fällen kamen die Patienten 6—10 Wochen nach dem Austritt aus dem Spitale mit Stomatitis gangraenosa und Diarrhöen zurück. Der angedeutete Irrthum ist nun folgender: Es ist gewiss, dass man bei den Einreibungen nicht weiss, wie viel Hg resorbirt wird. Die Injectionsmethoden sind nun zweifellos in dem Sinne wissenschaftlicher und exacter, als man auf 1, 2—3 Decimal weiss, wie viel Hg unter die Haut gebracht wird. Aber die Methode ist nur scheinbar wissenschaftlich in Bezug auf die Menge, die resorbirt wird. Im Gegentheil, in dieser Beziehung ist die Injection mittelst unlöslicher Verbindungen ganz unexact. Denn es wird ein Depôt davon unter die Haut gelagert. Wann und wie viel davon in eine resorptionsfähige Verbindung sich umwandelt und wann und wie viel davon thatsächlich aufgesogen wird, wissen wir gar nicht. Wir haben ja gesehen, dass an einer Stelle noch nach 6 Wochen über 70% davon liegen gefunden wurde. Die histologischen Untersuchungen von Lukasiewicz haben eine Art abkapselnder Schwielenbildung constatirt, durch welche sicher die Resorption in der späteren Zeit erschwert wird. Also calculabel ist die Resorption der unlöslichen Hg-Verbindungen ebensowenig, als die aus dem Unguent. cinereum. Dagegen ist der Bestand jener Hg-Suspension als Depôt unter der Haut sehr gefährlich. Denn es kommen offenbar schubweise und, wie es scheint, in den einzelnen Schüben zu grosse Quantitäten zur Resorption. Nun treten Intoxicationserscheinungen auf. Wir stehen denen rathlos und ohnmächtig gegenüber. Wir sehen die Stomatitis necrotica, wir wissen, dass noch Hg unter der Haut liegt und dass von hier aus fort und fort das todtbringende Gift nachschiebt, aber wir können es nicht beseitigen. Es ist also eine Illusion, in der Injection von unlöslichen Hg-Verbindungen eine exacte Methode zu besitzen, und es ist kein Zweifel, dass sie eine grosse Gefahr schafft, gegen die wir nichts ausrichten können. Bei den Inunctionen dagegen können wir die Zufuhr von Hg sofort einstellen, sobald wir die ersten Zeichen von Zahnfleischreizung wahrnehmen. Deshalb wird die Injectionsmethode mittels unlöslicher Hg-Verbindungen noch vorsichtiger und mit noch kleineren Dosen als bisher gemacht werden müssen. Ob sie aber dann auch den Zweck der Heilung und der möglichsten Verhütung von Recidiven erfüllen

und bis zu welchem Grade erfüllen wird, das können nur weitere Beobachtungen lehren.

Castelo (Madrid): Die Behandlung soll früh beginnen und möglichst lange fortgesetzt werden.

Schuster (Aachen) hat von den unlöslichen Hg-Verbindungen gefährliche Zufälle gesehen.

Rosolimos (Athen): Es gibt Fälle, in denen Einreibungen und Jodkali im Stich lassen, dagegen die Injectionen wirksam sind.

Du Castel (Paris) hat im Gegentheile die Injectionen oft unwirksam gefunden, dagegen von bösen Zufällen gefolgt.

Dubois-Havenith (Brüssel): Als Beweis, dass die Behandlung vor Ausbruch der zweifellosen Syphiliserscheinungen, wie Schwimmer empfiehlt, zu Missdeutung führen kann, führt Dubois-Havenith einen mit Leloir beobachteten Fall an, in welchem Beide Schanker-Sklerose diagnosticirten und jetzt nach Jahresfrist noch keine Syphilis aufgetreten ist. Wäre hier behandelt worden, hätte man geglaubt, die Syphilis vor dem Ausbruch geheilt zu haben.

Lancereaux: Solche Fälle sind nicht gerade selten.

Petrini (Bukarest) gibt innerlich Tannin-Quecksilber.

Mauriac. Man soll nur behandeln, wenn Symptome da sind, nicht in der Latenz. Die regelmässige Methode soll die der Hg-Einverleibung per os sein. Inunction und Injection nur ausnahmsweise nach entsprechenden Verhältnissen.

Watraszewski (Warschau) macht auch die Gefährlichkeit der Injectionen geltend und besonders aufmerksam auf die Möglichkeit der Einspritzungen in eine Vene und Verschleppung der Hg-Partikelchen in die Lunge, welche in seinen Thierversuchen mit Oel und gelbem Hg-Oxyd schwere lobuläre Pneumonie erzeugten.

Balzer hat nie schwere Zufälle gesehen, empfiehlt die Injectionsmethoden aber doch nur für die — weil sorgfältigere — Spitalpraxis.

Die Nachmittagssitzungen des 8. und 9. und die Vormittagssitzung vom Samstag den 10. August (Präsidenten: Prof. Schwimmer, Budapest, James White, Boston, Kalindero, Galatz) waren den speciellen Vorträgen einzelner Congressmitglieder gewidmet, die zum Theile in dem früher bekannt gemachten Programm dem wesentlichen Inhalte nach von ihren Autoren mitgetheilt worden waren.

Von der grossen Zahl dieser Vorträge vermögen wir nur einzelne besonders anzuführen. Vor Allem Darier's (Paris) höchst interessante und ein Novum darstellende Arbeit und Demonstration an mikroskopischen Präparaten und Vorstellung eines Kranken mit Psorospermie cutanée. Da inzwischen diese Arbeit in Druck erschienen ist, müssen wir die Leser auf dieselbe verweisen.[1]) Die Aufstellung dieser neuen Krankheitsform stützt sich auf das Studium dreier einschlägiger Fälle, von denen einer im Jahre 1859 im Hopital St. Louis beobachtet und von Lutz beschrieben worden war,[2]) während die zwei anderen — 1 Weib im Jahre 1888 auf Besnier's Abtheilung und gegenwärtig 1 Mann bei Fournier (früher bei Hallopeau) sich befindet. Dieser Fall wurde von Darier vorgestellt. Auch „Paget's Disease" der Brustwarze wird von Darier als Psorospermose dargestellt.

---

[1]) Darier, Psorospermie folliculaire végétante. — Ann. de Derm. et Syph. 1889, Nr. 7, und Darier et Thibault, Observation clinique sur Psorospermose folliculaire végétante. Paris, Steinheil 1889.

[2]) Lutz, Hypertrophie générale du système sébacé. Paris 1860.

Da durch den Hinweis Darier's auf die Psorospermose des Thieres besonders die Hühnerpocken und die Aehnlichkeit der letzteren mit dem Molluscum contagiosum erwähnt wird, so ward die Discussion auch auf dieses ausgedehnt. Török (Hamburg) argumentirte auf Grund seiner und Tommasoli's Untersuchungen gegen die Psorospermien-Natur der Molluscumkörper. James White sieht in seinem Falle von Keratosis follicularis einen dem Darier'schen analogen Fall, fand jedoch keine Psorospermien und auch Boeck hat zwei ähnliche Fälle mit Degeneration der Nägel beobachtet, konnte aber damals die gefundenen Körperchen nicht als Psorospermien erkennen.

Quinquaud (Paris) führte drei schöne Fälle von Xeroderma pigmentosum Kaposi vor.

Hallopeau (Paris) sprach über herdweise chronische pustulöse Dermatitis mit excentrischem Fortschreiten; ferners „über eine neue Form der Lymphodermie", als wahrscheinlicher Beginn der Mycosis fungoides, und die Lymphodermia perniciosa Kaposi. Letzterer erörterte die Beziehungen der Leukämie und Pseudoleukämie zu jener und zu der Mycosis fungoides Alibert. An der Discussion betheiligten sich Schiff und Besnier. Auch Vidal macht bezügliche erläuternde Bemerkungen. Dazu Histologie von Wickham (Paris). Letzterer auch über Paget's Disease.

Leloir (Lille) gab eine Studie über „syphilitische Vaginal-Erkrankungen".

Mibelli (Sienna) sprach über eine neue Krankheitsform — Angiokeratom; Petrini (Bukarest) über Pigmentcarcinom; Schwimmer und Kalindero und Pringle (London) über Sarcoma idiopathicum multiplex — Type Kaposi.

Samstag den 10. August Vormittags tagten gleichzeitig eine dermatologische und eine syphilographische Section, um das grosse noch rückständige Material an Vorträgen möglichst vorzubringen.

Samstag den 10. August Nachmittags fand die geschäftliche Schlusssitzung des Congresses unter Vorsitz des Präsidenten Hardy statt.

In derselben wurde einstimmig zum Beschluss erhoben:

1. Der internationale Congress für Dermatologie und Syphilographie soll als bleibende Institution erklärt werden.

2. Derselbe soll jedes dritte Jahr periodisch zusammentreten, der nächste Congress demnach im Jahre 1892 stattfinden.

3. Mittelst Abstimmung per majora (Hamburg, vorgeschlagen von Unna, dann zu Gunsten Londons revocirt 1 Stimme; Wien, vorgeschlagen von Schwimmer, 52 Stimmen; London, vorgeschlagen von Malcolm Morris, 37 Stimmen) wurde als nächster Congressort Wien bestimmt.

4. Zum Präsidenten des Organisations-Comité's für den zweiten internationalen Congress wurde Prof. Kaposi aus Wien per acclamationem gewählt.

Auf Vorschlag Kaposi's wurde hierauf

5. die Zeit der ersten Hälfte September 1892 für den nächsten Congress angenommen und

6. auf Vorschlag Kaposi's per acclamationem in das Organisationscomité weiters gewählt: Neumann, E. Lang, H. v. Hebra, Mraček, Riehl (sämmtlich aus Wien), Pick, Janowsky (Prag), Rosner (Krakau), Lipp (Graz), Jarisch (Innsbruck), Schwimmer (Budapest), Geber (Klausenburg).

Am Abend des Samstag 10. August versammelten sich die Congressmitglieder noch einmal im Hôpital St. Louis, diesmal aber in den nunmehr festlich geschmückten Räumen des Erdgeschosses, zu einem von dem Congresscomité veranstalteten Bankette. In launiger und geistreicher Rede dankte der greise Ehrenpräsident Ricord den fremden Gästen für ihr Erscheinen und liess er die Zeit seiner glänzenden Arbeiten vom „Hôpital du midi" und die Reihe seiner Schüler, darunter die anwesenden Zambaco, Diday und Fournier, Revue passiren. Darauf sprachen als Festredner der Präsident Hardy und Kaposi, Letzterer unter Hinweis auf das Gelingen des Congresses, auf die musterhafte und seit lange her datirende, einmüthige Pflege der Dermatologie im Hopital St. Louis durch dessen Aerzte und schloss mit einem Hoch auf diese.

Eine Reihe von Toasten folgten noch von Malcolm Morris, Zambaco, Unna, Peyron, Manssuroff, Kalindero, De Amicis, Lutz, auf Ricord, Baretta, die Spitals-Administration, die Congressmitglieder, und ein Toast, der nicht gesprochen, aber von Allen gefühlt wurde, auf den unvergleichlichen Generalsecretär Dr. Feulard.

Erst gegen Mitternacht löste sich die Versammlung auf unter gegenseitiger freundschaftlicher Verabschiedung der Mitglieder, deren jedes manche Belehrung und Anregung mit sich forttrug und die gewiss nachhaltende Befriedigung, eine Woche unter den ernst arbeitenden und liebenswürdigen französischen Collegen verlebt zu haben.

Referent: **Prof. Kaposi.**

III.

Sitzungsbericht der Section für Dermatologie der 62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg 1889.

Die Sitzungen, vorbereitet von Herrn Privatdocenten Dr. Fleiner (und Herrn Dr. Dinkler als Schriftführer) fanden, 4 an der Zahl, im Hörsaale der medicinischen Klinik statt und zwar unter dem Vorsitze der Herren Fleiner, Doutrelepont, Neisser und Unna. Es wurden im Ganzen 18 Vorträge grösseren und kleineren Umfanges gehalten.

1. Neisser (Breslau): **„Ueber die Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Prostituirten."**

Der Vortragende bespricht die Resultate einer die verschiedensten Verhältnisse berücksichtigenden statistischen Untersuchung des Breslauer Prostituirten-Materials, deren ausführliche Publication demnächst erfolgen wird. Er geht speciell auf die Bedeutung der mikroskopischen Diagnose der Gonorrhöe bei der Controle ein, ohne welche eine Feststellung der Zahl der wirklich vorhandenen Gonorrhöen unmöglich sei; er theilt mit, dass auf Grund einer von ihm zweimal vorgenommenen mikroskopischen Exploration des Urethral- und Cervicalsecrets aller Prostituirten in Breslau diese Untersuchung bei der regelmässigen Controle jetzt eingeführt worden sei; die zuständigen Behörden hätten Angesichts der ungeheuren Zahl gonorrhöekranker Puellae, deren Krankheit vorher undiagnosticirbar war, ihren anfänglichen Widerstand aufgegeben. Bei der genauen Exploration aller Puellae wurde natürlich auch auf viele andere Verhältnisse (Syphilis, Schwangerschaften, Aborte etc.) geachtet, deren Resultate in einigen Tabellen zusammengestellt und kurz mitgetheilt wurden.

In der Discussion betonte Unna (Hamburg), dass auch in Hamburg die Verhältnisse kaum anders liegen, als in Breslau und dass es in der That nur auf die genaue Untersuchung ankommen würde, durch welche allein die Häufigkeit der Gonorrhöe bei den Prostituirten festgestellt werden könnte. Er meint, dass ältere Puellae weniger gonorrhoisch erkranken, weil ihre Vaginalschleimhaut glatt und weniger empfänglich sei. Aufgefallen sei ihm in der Neisser'schen Statistik die grosse Zahl der Ulcera mollia (im Gegensatz zu den Hamburger Verhältnissen).

Darauf erwiderte Neisser, dass er die grossen Zahlen bei Ulcus molle aufrecht erhalten müsse, denn die Diagnose „Ulcus molle" sei nur in ganz typischen Fällen gestellt worden; häufig wären dieselben Puellae

wiederholt in demselben Jahre an Ulcus molle erkrankt gefunden worden. Die bisher angenommene relative Seltenheit der Gonorrhöe bei älteren Puellis führt er auf die geringere Eiterung der Schleimhaut dieser zurück, so dass bei ihnen besonders häufig Gonorrhöen übersehen worden seien, so lange man nur makroskopisch untersuchte.

2. Doutrelepont: **„Ueber einen Fall von Urticaria pigmentosa."**

Der Doutrelepont'sche Vortrag wird in extenso im Archiv veröffentlicht werden. Es handelte sich um ein 9jähriges Mädchen, das im sechsten Lebensmonate an flecken- und knötchenförmigen Efflorescenzen am linken Arme und Beine erkrankte; später breitete sich die Affection schubweise aus; die Knötchen bedeckten sich mit Schuppen und bildeten Wülste. Das klinische, einem Naevus pigmentosus ähnliche Bild entspricht nach der Auffassung des Vortragenden am meisten der Urticaria pigmentosa. Die mikroskopische Untersuchung ergab Rundzelleninfiltration um die Gefässe und Drüsen mit reichlichen Mastzellen, deren specifische Bedeutung für die Urticaria pigmentosa aber bestritten wird.

Neisser, der die Kranke in Bonn gesehen, war ebenfalls der Ansicht, dass die Bezeichnung „Urticaria pigmentosa" für den sehr eigenartigen Fall am besten passe. Er betont die auffallend geringe Zellinfiltration im Vergleich zu der in vivo beobachteten Hauterhebung. Auch er hält die Mastzellen nicht für charakteristisch, da sie auch in anderen Gebilden, z. B. Naevis, sehr reichlich, oft auch in ganz dicht gestellten Massen vorkämen.

Dagegen ist Unna nicht geneigt, den Fall als Urticaria pigmentosa gelten zu lassen; derselbe müsse vorläufig noch gesondert betrachtet werden. Der histologische Befund sei in diesem Falle nicht charakteristisch, denn es fänden sich Rundzellen neben den Mastzellen, was in Unna's Präparaten nicht der Fall gewesen sei.

3. Joseph (Berlin): **„Ueber Pseudoleukaemia cutis."**

Nachdem der Vortragende unsere sehr spärlichen Erfahrungen über die Leukaemia cutis kurz besprochen hat, schildert er ausführlich das Krankheitsbild einer Patientin, bei dem sich zu einer typischen Pseudoleukämie eine sehr eigenartige Hauterkrankung gesellte: neben vereinzelten, etwa erbsengrossen, tief im Corium sitzenden Platten fand sich eine ausserordentlich grosse Anzahl von ganz diffus über den Körper vertheilten, hanfkorngrossen, blassrothen Knötchen, welche eine sehr auffallende Aehnlichkeit mit Prurigoknötchen hatten und ebenso wie diese zu einem ausserordentlich starken Jucken Anlass gaben; es konnte auch beobachtet werden, dass sich Quaddeln in solche Knötchen verwandelten. Die Therapie hatte auf diese schubweise kommenden Knötcheneruptionen und auf das Jucken kaum einen Einfluss. Der Patient starb an einer hämorrhagischen Nephritis. Die mikroskopische Untersuchung konnte leider nur an einem unzureichenden Material vorgenommen werden, ergab aber, dass es sich auch in der Haut um eine Lymphombildung in der Gegend der Schweissdrüsen gehandelt habe. In der Literatur finden sich nur 3, ganz analoge, von Wagner herrührende Beobachtungen einer prurigo-ähnlichen Hauterkrankung bei Pseudoleukämie. Der Vortragende glaubt trotz der Spärlichkeit des casuistischen Materials ein bestimmtes Krankheitsbild der Pseudoleukaemia cutis aufstellen zu können und betont besonders die klinischen Differenzen gegenüber dem Lichen ruber und der typischen Prurigo Hebra's; er macht ferner auf die klinischen Differenzen seiner und der Wagner'schen Fälle gegenüber der Leukaemia cutis aufmerksam, während die anatomischen Processe identisch zu sein scheinen. Lymphomatöse Knötchen seien aber von Recklinghausen auch in einem Fall von typischem Lichen ruber gefunden worden.

4. Dinkler (Heidelberg): **„Ueber Zungenschleimhaut-Erkrankungen."**

Der Vortragende berichtet über einen Fall von schwarzer Haarzunge, der bei einem 8jährigen, von schwerer Scarlatina mit Furunculose genesenen Knaben zur Beobachtung kam; die festsitzenden Platten, an welche die Schwarzfärbung gebunden war, boten mikroskopisch nichts Besonderes dar; trotz der Differenzen dieser Erkrankung gegenüber der Fieberzunge vertritt Dinkler die Ansicht, dass es sich möglicherweise nur um ein weiteres Stadium desselben Processes handele.

In zwei anderen, vom Vortragenden beschriebenen Fällen handelte es sich nur um eine starke Verlängerung der Papillae filiformes, auf denen innerhalb des Epithels ein Pilzgewirr lag; die Pilze liessen sich nicht cultiviren; in dem zweiten Fall war dieselbe Erkrankung nur fleckweise aufgetreten.

5. Saalfeld: **„Ueber Behandlung des Lupus mit Perubalsam."**

Es wurden nach Entfernung der Schuppen und Krusten die erkrankten Stellen zweimal am Tage mit Perubalsam bedeckt. Der Erfolg dieser Behandlung war zwar kein hervorragender. Der Vortragende war aber doch im Ganzen davon befriedigt.

Neisser hat den Perubalsam ebenfalls in zahlreichen Fällen namentlich von flächenhaftem, schuppenden oder oberflächlich excoriirtem Lupus versucht, aber keine ermunternden Resultate gesehen; es seien Reizerscheinungen leicht aufgetreten. Er spricht sich im Allgemeinen für eine Combination von chirurgischer Behandlung und chemisch wirkenden Aetzmitteln, insbesondere mit Pyrogallussäure aus; die Salicylsäure hat bei den schweren Fällen des Breslauer Materials nicht so gute Resultate gegeben, wie die, über welche Unna berichtet. Unna empfiehlt ebenfalls die Combination der medicamentösen und der chirurgischen Therapie, besonders die Scarification, welche er von Vidal mit grossem Erfolg hat anwenden sehen.

Doutrelepont ist mit dem von ihm seit 6 Jahren verwendeten Sublimat sehr zufrieden.

Gegen die Aeusserung Dinkler's, dass der Perubalsam eine zu geringe antiseptische Wirkung habe, opponirt v. Sehlen: man dürfe den nur an einzelnen Bacterien erprobten Mangel von desinfectorischer Kraft nicht als allgemeinen Mangel allen Bacterien gegenüber bezeichnen.

6. In der zweiten Sitzung stellte zunächst Veiel einen Fall von excessivem **Naevus pigmentosus** vor, der an Brust und Bauch scharf halbseitig begrenzt war. Besonders zu erwähnen sind eigenthümliche Streifen, von denen nach beiden Seiten unter spitzem Winkel Seitenzweige abgehen.

7. Unna besprach einen von ihm neu construirten **Minimalbrenner,** einen Pacquelin, an dem die Bougiefläche durch eine dickwandige, mit Watte gefüllte Glaskugel ersetzt ist, in die nur so viele Tropfen Benzin gegossen werden, als zu einer Sitzung nothwendig sind; diese Kugel wird in ein Doppelgebläse eingeschaltet; der Ansatz wird, um möglichst leicht zu sein, nur durch ein Glasstück mit dem Schlauch verbunden; der Brenner selbst besteht in einer feinen, an den eigentlichen Pacquelin angelötheten Kupfernadel.

Der Mikrobrenner empfiehlt sich für die Behandlung der Rosacea. der Lupusknötchen, kleinerer Fistelgänge etc. (cf. Monatsh. f. prakt. Derm. 1890, Nr. 1.)

8. Lassar (Berlin) machte dann eine Anzahl **therapeutischer Mittheilungen:** er behandelt die Ichthyosis mit 2% Salicylvaseline, die Akne besonders gern mit 20% Resorcinpaste, Vitiligo mit Theer, Chrysarobin, Salzbädern äusserlich und mit Arsen innerlich. Angiome sah er

zweimal verschwinden, nachdem bei einer Cauterisation derselben mit dem Pacquelin eine stärkere Blutung eingetreten war. Endlich berichtete er über den auffallenden Erfolg, welchen Arseninjectionen bei einem — durch die histologische Untersuchung als solches bestätigten — Carcinom des Auges und der Nase herbeigeführt hatten. Zur Demonstration dieses wie einer Anzahl anderer therapeutischer Erfolge wurden Wachsmodelle — vor und nach der Behandlung abgenommen — demonstrirt.

In der Discussion über die Lassar'schen Mittheilungen bemerkte Unna, dass er bei den cavernösen Tumoren des Gesichtes rein chirurgisch, bei flachen Gefässmälern mit oberflächlichen, consequent fortgeführten Stichelungen vorgehe. Die Acne rosacea behandelt er am liebsten mit Resorcin. Die von Leloir bei Vitiligo erzielten Erfolge mit Chrysarobin hat er auch bei den Pigmentanomalien der Lepra nervorum bestätigen können. Beim Ulcus rodens bediene er sich — neben der rein chirurgischen Therapie — mit Vorliebe des Resorcins.

Veiel hat die anfänglich guten Resultate von Scarificationen bei Naevis vesiculosis durch nachträglich eintretende Recidive wieder zerstört gesehen.

Neisser bedient sich zur Beseitigung der cavernösen Angiome der Elektrolyse. Das Leucoderma syphiliticum vermochte er durch Chrysarobin nicht zu entfernen, eine vollständige Heilung der Rosacea durch Resorcin ist ihm nicht gelungen. Er berichtet dann im Anschluss an den Lassar'schen Fall über ein Cancroid, welches als kreisrundes Geschwür mit harten Rändern und centraler Narbe an der Wange einer 80jährigen Frau sass, auffallenderweise unter Jodkali und Emplastr. ciner. heilte, so dass die anfänglich gestellte Diagnose zweifelhaft wurde; ein wieder auftretendes Recidiv überhäutete sich aber unter Zinkpflaster ebenso schön. Man dürfe also den therapeutischen Erfolg einzelner Methoden nicht überschätzen.

Ihle hat in zwei Fällen von Carcinom (an der Nase und am Penis) durch Hauttransplantationen definitive Ueberhäutung erzielt.

Neisser sich anschliessend, machte Doutrelepont darauf aufmerksam, dass Ulcus rodens zuweilen spontan verheilt, dass Carcinome im Allgemeinen durch Aetzen und andere Manipulationen leicht zu Wucherungen angeregt werden, dass für inoperable Fälle Esmarch schon 1876 Jodkali und Arseninjectionen empfohlen habe.

Für manche Fälle von Ulcus rodens hält Unna eine totale Operation für unmöglich und hat dann mit weniger completen Eingriffen und Resorcin-Dunstumschlägen Gutes erreicht.

Lassar demonstrirte dann noch Modelle von Rhinophyma und knüpfte daran einige Bemerkungen über die anatomischen Veränderungen bei dieser Erkrankung, welche wesentlich in Vergrösserung und cystischer Entartung der Talgdrüsen mit Bindegewebshypertrophie bestehen.

9. Unna: **„Zur Behandlung der Trichophytia capitis."** (Abgedruckt in „Monatsh. f. prakt. Derm." 1889, Nr. 12.)

Der Vortragende empfahl zur Behandlung des Herpes tonsurans des Kopfes, welche nach den Verhandlungen des Pariser Congresses bisher für eine so aussichtslose angesehen worden ist, Chrysarobin in 5procentiger Salbe oder Pomade, vor dessen schädlichen Einwirkungen er die Augen durch einen Abschluss mit Zinkleinstreifen und einen darüber befestigten Verband schützt; die Behandlung wird in etwa vier, je eine Woche dauernde Cyklen eingetheilt — der einzelne Cyklus wird mit Verbänden mit Ichthyol abgeschlossen. Die Resultate dieser Therapie sind ausgezeichnete; einzelne Individuen reagiren naturgemäss mit einer stärkeren Hautreizung, die aber durch schwächere Salben vermieden werden kann. Die Erfolge werden durch Culturen der Herpes tonsurans-Pilze controlirt.

In der Discussion bemerkte Neisser, dass in seiner Klinik ebenfalls (bei Favus) Culturen zur Controle der Behandlung angelegt werden, dass aber die Haare zur Befreiung von fremden Keimen zuerst in einer Höllensteinlösung desinficirt werden. Bei Favus ist auch durch Chrysarobin, welches sonst, wie es scheint, den Mycelien gegenüber sehr wirksam sei, den tiefsitzenden Pilzen sehr schwer beizukommen.

Die von Saalfeld gestellte Frage, ob die kataphoretische Anwendung von Sublimat besondere Vortheile habe, verneint Fleiner, indem er auf die mangelhaften Erfolge einer mit Chloroform befeuchteten Elektrode hinweist; Neisser dagegen hat, ebenso wie Touton, mit Cocain durch die Kataphorese bessere Resultate erzielt, als durch einfache Aufpinselung.

10. Touton: **„Zoster im Anschluss an die intramusculäre Injection von Hydrargyrum salicylicum.“** (Der Vortrag ist in diesem Archiv, 1889, Heft 6, ausführlich veröffentlicht.)

In der Discussion bemerkte Bardach, dass er in zwei Fällen um die Einstichstellen Bläscheneruptionen gesehen habe.

Die III. Sitzung wurde durch den Vortrag

11. Fleiner's: **„Beiträge zur Therapie der chronischen Gonorrhöe“** eingeleitet. Der Vortragende spricht sich im Princip für die Unna'sche Salbensondenbehandlung aus, hat dieselbe aber in einigen Punkten modificirt und dadurch bequemer und den Ansprüchen der Antisepsis entsprechender gestaltet. Er benützt vernickelte Stahlsonden und überzieht dieselben unmittelbar vor dem Gebrauche, indem er sie über einer Spirituslampe erwärmt und über eine aus der Salbenmasse (Argent. nitr. 1·8, Cer. flav. 2·0, Butyr. Cacao 17·3) gegossene Tafel zieht; er kann so den Ueberzug auf bestimmte Stellen der Sonde beschränken; die Sonde wird dann an der Luft oder in Wasser schnell abgekühlt und ist in wenigen Minuten zum Gebrauch fertig. Mit Vortheil hat Fleiner manchmal statt des Argentum Tannin benützt; dieses eignet sich aber wegen seiner Neigung, sich in krümeliger Form auszuscheiden, mehr für die Stäbchenform. Die Tanninstäbchen (mit 0·1—0·2 Ac. tannic.) werden am besten durch ein kurzes Grünfeld'sches Harnröhrenspeculum eingeführt.

In der Discussion sprach sich Ihle für die Unna'sche Salbenmasse gegenüber der zu weichen Casper'schen Salbe aus; Saalfeld wies auf die Bedeutung der chronischen Prostatitis bei der Gonorrhöebehandlung hin, eine Anschauung, welcher Neisser nicht beistimmen konnte. Bender meinte, dass die Salbensondenbehandlung für Stricturen nicht geeignet sei, weil sich die Salbe vor der Strictur abstreift, was Unna für seine harte Cacaobuttermasse nicht zugibt. Bender bevorzugt bei circumscripter Gonorrhöe Wismuthstäbchen vor den Tanninstäbchen, während Fleiner wiederum die reizende Wirkung der letzteren als Vortheil ansieht. Neisser hat mit der Oberländer'schen Dilatationsmethode günstige Erfolge erzielt, von denen er aber nicht sagen kann, wie lange sie anhalten. Auf seine Frage, wann Fleiner eine chronische Gonorrhöe für geheilt ansehe, antwortete dieser, dass das dann der Fall wäre, wenn die subjectiven Beschwerden, das Secret und die Urethralfäden verschwunden seien. Unna lässt auch nach dieser Zeit die Blase noch ausspülen oder Injectionen mit schwacher Seifenlösung machen.

12. An den Vortrag v. Sehlens: **„Zur Frage nach den Ursachen der Alopecia areata“** — welcher später ausführlich veröffentlicht werden wird — knüpfte sich eine Discussion, in welcher Unna seine Uebereinstimmung mit dem Vortragenden bezüglich der infectiösen Natur und des Fehlens von Coccen im gesunden Haarfollikel aussprach; Joseph wies auf

seine Versuche mit Nervendurchschneidung bei Katzen hin, welche die neurotische Natur wenigstens eines Theiles der Alopeciafälle bewiesen, während v. Sehlen meinte, dass durch die Nervenverletzung nur ein geeigneter Nährboden für die Mikroorganismen geschaffen würde. Joseph hat eben solche überhaupt nicht finden können. Auf eine Anfrage Neisser's beschrieb v. Sehlen seine Alopeciacoccen noch etwas eingehender.

13. Pollitzer (New-York) hatte drei Vorträge angemeldet. An seiner Stelle berichtet für den Abwesenden Unna: **„Ueber Bacillenbefunde bei den Exanthemen der Lepra nervorum“;** hieran schloss sich eine kurze Discussion; Arning nämlich meinte, dass, wenn sich bei Lepra nervorum Bacillen in der Haut fänden, es sich immer um eine der so sehr häufigen Mischformen handele, die nur durch die trophoneurotische Störung bedingten Erythemflecke seien stets bacillenfrei.

Auch gegen die Behauptung Unna's, dass Pollitzer selbst da, wo keine Knoten waren, Bacillen nachweisen konnte, opponirte Arning, dem sich Neisser anschloss, indem er ausführte, dass auch in den — dem Auftreten der Knoten vorangehenden — Roseolen Bacillen zu finden seien.

14. v. Sehlen sprach zunächst: **„Ueber bacteriologische Beobachtungen bei der Chrysarobinbehandlung der Trichophytie.“** Er beschrieb seine Züchtungsmethode der Hautpilze in Agargelatine, in welcher er die Haare vertheilt; die Reichlichkeit des Wachsthums der Trichophytonherde gäbe dann einen Anhaltspunkt für die Beurtheilung der erzielten therapeutischen Erfolge, welche bei der Chrysarobinbehandlung auch nach dieser Prüfungsmethode sehr günstige waren. Der Vortragende erörtert dann noch eingehend die Vorzüge, welche diese Untersuchung vor der mikroskopischen besitzt und empfiehlt sie zur Einführung in die Praxis. Neben den Mycelpilzen fand er auch noch zahlreiche Coccen, welche unter der Chrysarobinbehandlung günstige Ernährungsbedingungen zu finden scheinen.

15. In der IV. und letzten Sitzung demonstrirte zuerst Philippson (Hamburg) seine **Methode der Anfertigung von Flächenbildern der Epidermis und Cutis,** welche bereits in den Monatsheften VIII, Nr. 9, p. 389, ausführlich publicirt ist und welche namentlich für das Studium der Entwickelung pathologischer Processe (Lichen ruber, Psoriasis, Atrophia cutis etc.) grosse Vortheile gewähren soll.

16. Schweninger (Berlin) theilte zunächst mit, dass mit den von Kühnemann entdeckten **Bacillen der Verruca dura**, von denen eine Cultur demonstrirt wurde, Impfungen auf Kaninchen und auf den Kamm von Hähnen gemacht worden seien und dass sich darnach im Verlauf von 14 Tagen warzenähnliche Wucherungen gebildet hätten, deren histologische Untersuchung aber noch ausstand.

Der Vortragende zeigte ferner die Photographie des von Ernst bereits publicirten Falles von **Pseudolepra** (zu dem Unna, in Uebereinstimmung mit Neisser, in der Discussion bemerkt, dass er eine Verwechslung dieses Falles mit Lepra für ausgeschlossen halte, da bei einer derartigen leprösen Geschwulst an der Stirn auch Nase, Ohren und Lippen in höherem Grade deformirt sein würden); endlich referirt er unter Vorzeigung einer Photographie über einen Fall von **Hemiatrophia facialis progressiva** bei einem 7 Jahre alten Kinde, welche die ganze linke Gesichtshälfte und zwar Haut und Knochen betraf; die Haut war bis zum Hals pigmentirt, stellenweise nicht mehr auf der Unterlage verschieblich, das untere Augenlid ektropionirt, hinter dem linken Ohr fand sich eine ebenfalls pigmentirte

Geschwulst; aus der linken Seite des behaarten Kopfes zwei unregelmässig begrenzte kahle Stellen. Schweninger lässt auch die Möglichkeit offen, dass es sich um Xeroderma handeln könne.

17. Wolff (Strassburg) trug über **„Jodkaliwirkung bei Syphilis"** vor; er kann die Erfahrung, dass Jodkali bei primärer und secundärer Lues wirkungslos sei, aus eigener Anschauung bestätigen. Dagegen hat er einige Fälle gesehen, bei denen mit sehr grossen Jodkalidosen bei prognostisch ungünstiger, gegen kleinere Jodmengen anscheinend refractärer Spätlues ausserordentlich günstige Resultate erzielt wurden. Bei einer Patientin mit einem phagedänischen Geschwür auf der Tonsille wurden bis 50 Gr. pro die monatelang genommen und ein ausgezeichneter Heilerfolg erzielt. In anderen, ähnlichen Fällen wurden 16, 30, 32 Gr. Jodkali pro die verabreicht und gut vertragen; Wolff glaubt, durch gleichzeitige Darreichung von Amylum, durch welches das im Magen frei werdende Jod gebunden werde, die Erscheinungen des Jodismus verhindert zu haben.

In der Discussion bemerkte Neisser, dass der Kopfschmerz des Jodismus durch gleichzeitige Darreichung von Antipyrin zu verhindern sei; er betont ferner, dass man sich durch diese schmerzstillenden Mittel bei durch Syphilis bedingten Schmerzen in der Diagnose nicht irreleiten lassen dürfe. Auf seine Anfrage, ob Wolff doppeltkohlensaures Natron gegen den Jodismus in Anwendung gezogen habe, erwidert Wolff, dass er davon eine Wirkung gegen den Jodismus nicht gesehen habe.

18. Zum Schlusse demonstrirte Schütz (Frankfurt a/M.) mikroskopische Präparate von einem **Lupus erythematodes,** welcher am Hinterkopfe einer älteren Frau localisirt war. Es fand sich eine Rundzelleninfiltration um die Haarbälge, welche sich weiterhin entlang den Gefässen nach der Tiefe zog, ferner Mastzellen, Oedem der Cutis, Vergrösserung und Verschmelzung der Papillen, Epithelabhebung, cystische Erweiterung der Haarfollikel, Vergrösserung der Talgdrüsen etc. Mikroorganismen wurden vergeblich gesucht.

In der Discussion bemerkte Unna, dass im Gegensatze zu den deutschen Autoren in Frankreich und Norwegen (Boeck) der Lupus erythematodes für eine tuberculöse Erkrankung gehalten werde. Schütz, Neisser und Veiel sprachen sich bestimmt gegen diese Anschauung aus.

Prof. A. Neisser.

IV.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

1. **Baldi.** Dell' azione trofica che il sistema nervoso esercita sugli altri tessuti. — Lo Sperimentale, 1889, 4.
2. **Melle.** Su di un secondo caso di urina filante d'origine bacterica. — Riforma med. Anno IV. Agosto 1888. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1889, 2.
3. **Soffiantini.** Il secondo biennio di cura alle fonti termali di Acquarossa. — Gaz. med. Lombarda 1889.
4. **Pellizzari** Guido. Sul sapone al sublimato corrosivo. — Lo Sperimentale, 1889, 5.
5. **Arning.** Ueber eine neue Dispensationsform von weichen Salben und Pasten. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 23.
6. **Bowen** J. The epitrichial layer of the human Epidermis. — Anat. Anz. 1889, Nr. 13 u. 14.
7. **Rumpf.** Diffusion und Resorption. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 43.
8. **Paschkis** und **Obermeyer**. Ueber die Resorption des metallischen Arsens. — Wiener med. Jahrbücher 1888. Vorläufige Mitth.
9. **Minot.** Anat. Anz. 1889, Nr. 13 u. 14.

Die Ergebnisse der Arbeit Baldi's (1) über die trophische Wirkung des Nervensystems auf andere Gewebe und namentlich auf die Haut, sind in nachstehendem Resumé wiedergegeben: 1. Sowohl die Durchschneidung der hinteren oder vorderen Spinalwurzeln, als auch Läsionen der Nervencentren, an denen die centripetal und centrifugal leitenden Fasern vereinigt sind, um zusammen die nervöse Einheit, dargestellt durch den diastaltischen Bogen, zu bilden, haben in den respectiven Zonen der Haut dieselben trophischen Störungen im Gefolge; 2. die Ernährungsstörungen der Haut sind nicht abhängig von vasomotorischen Störungen, noch hängen sie ausschliesslich von äusseren mechanischen Ursachen ab und ebensowenig von diesen beiden Factoren zusammen; 3. die morphologischen Elemente eines gelähmten Gliedes regeneriren sich viel langsamer, als jene normal innervirter Glieder, weshalb mechanische Einwirkungen,

welche an der normalen Haut keine nennenswerthe Läsion hervorrufen würden, in der ihrer physiologischen Innervation beraubten Haut die Ursache schwerer Störung sein können; 4. die centripetal und centrifugal leitenden, in ihrem nervösen Centrum vereinigten Fasern üben auf die Ernährung der Haut einen indirecten regulirenden Einfluss aus, wie sie auch durch Regelung der Function einen identischen indirecten trophischen Einfluss auf die Muskeln und Drüsen äussern. Dornig.

Melle's Untersuchungen (2) beziehen sich auf den fadenziehenden Harn eines Leprakranken, welcher auf der dermatologischen Klinik in Neapel in Behandlung stand. Die Ursache der visciden Beschaffenheit des Harnes glaubt Melle in Uebereinstimmung mit Malerba und Sanna Salaris, die einen ähnlichen Fall beobachtet hatten, in einem Bacterium gefunden zu haben, welches er aus dem fadenziehenden Harne seines Kranken isolirte und auf verschiedenen Nährböden züchtete. Melle nennt diesen Mikroorganismus wegen seiner Eigenschaft, dem Harne und anderen Flüssigkeiten, in denen er gedeiht, eine klebrige Beschaffenheit zu geben, Glischrobacterium oder Bacterium glischrogenum. Aus gelungenen Culturversuchen, die Melle mit dem aus der Blase mittelst eines sterilisirten Katheters entleerten Harne anstellte, deducirt er, dass sich in vorliegendem Falle das Glischrobacterium schon in der Blase vorfand. Zur Entscheidung der Frage schliesslich, ob der besagte Mikroorganismus im Blute des Leprakranken vorkomme, legte Melle mit dem Blute, welches er sowohl Lepraknoten, als auch solchen Hautpartien entnahm, welche frei von tuberösen und maculösen Erscheinungen waren, Culturen auf Gelatine und Agar-Agar an, doch blieb sowohl die Gelatine, als auch das Agar-Agar noch nach einem Monat steril. Melle gelangt zu dem Schluss, dass das Glischrobacterium unabhängig vom Leprabacillus bei demselben Individuum vegetiren könne.

Soffiantini (3) hebt im Berichte über seine badeärztliche Thätigkeit in Acquarossa (Canton Ticino) im Biennium 1887—1888 die günstigen Heilwirkungen hervor, welche die genannte eisen- und arsenhaltige Therme in verschiedenen Fällen von Eczem, Psoriasis, Ekthyma und Prurigo äusserte. Dornig.

Nach den Ausführungen Guido Pellizzari's (4) ist die Seife keine indifferente Substanz, welche als Vehikel für ein beliebiges Medicament dienen kann. Wird der Seife Sublimat zugesetzt, so reagiren die organischen Salze, aus welchen die Seife zusammengesetzt ist, auf das Hg-Bichlorid, es bilden sich oleïn-, stearin- und palmitinsaures Hg, Verbindungen, welche im Wasser unlöslich sind. Daraus geht hervor, dass die von manchen Aerzten warm empfohlene Sublimatseife als Desinfectionsmittel gänzlich unbrauchbar ist, da sie vom Sublimat nichts als den Titel auf der Etiquette enthält. Dornig.

An Stelle der bisher üblichen Porzellantöpfe empfiehlt Arning (5) Metalltuben, wie sie die Maler für ihre Farben in Gebrauch haben. Die Vortheile dieser neuen Behälter in Bezug auf Conservirung, Reinlichkeit der Salben, leichteren Transport, ja sogar auf Billigkeit scheinen über jeden Zweifel erhaben. Nicht geeignet sind die Tuben nur für Unguentum cinereum- und Argentum nitricum-Salben. Gerber.

Bei Embryonen von 2—3 Monaten findet Bowen (6) folgende Erscheinungen: Ein äusseres Lager von polygonalen, granulirten Zellen mit grossem Nucleus. Der durchschnittliche Diameter dieser Zellen ist 0·02 Mm., der ihrer Nuclei 0·008 Mm. Bei Embryonen von 3—4 Monaten findet man die äussere Lage oft aus 2—3 Zellreihen bestehend, und zwar kommt dies

speciell an der Palma manus und Planta pedis vor. Es kommen daselbst zwei Reihen granulirter Zellen vor, welche sich sehr gut färben lassen. Diese Zellen sind von unregelmässiger Gestalt und besitzen einen grossen, dunkel gefärbten Nucleus; ihre Grenzen sind scharf und glänzend; mitunter erscheinen die Zellen leer und man sieht nichts Anderes als die glänzenden Grenzen. Diese Zellen nennt Verfasser, ihres eigenthümlichen Aussehens halber, Blasenzellen. Ihre Entstehung verdanken sie einer Metamorphose der äusseren polygonalen Zellen, welche Metamorphose mitunter directe verfolgt werden kann. Bei 3monatlichen Embryonen sind diese Blasenzellen am deutlichsten zu sehen, sie variiren stark in Umriss und Form. Im Allgemeinen lassen sich die ebenso mühsamen als eingehenden Untersuchungen des Verfassers in folgende Sätze zusammenfassen: 1. Dass die zu oberst liegenden Epidermiszellen junger Embryonen eine ganz distincte, histologische Schichte bilden. 2. Dass bei 6monatlichen Embryonen diese Lage über fast allen Partien des Körpers verschwindet. 3. Dass an gewissen Stellen, wie z. B. in der Nagelgegend, dieses Lager eine Keratosis eingeht, und einen Theil des Stratum corneum bildet. 4. Dass gewichtige Gründe vorhanden sind, diese Lage für identisch mit dem Epitrichium der Thiere zu halten. 5. Dass endlich der Nagel ein modificirter Theil des Stratum lucidum ist. Ob all die Zellen, welche oberhalb des Stratum lucidum liegen in allen ihren Theilen identisch sind mit dem Epitrichium ist vorläufig noch nicht klar und bedarf weiterer Untersuchungen.

Berggruen.

Rumpf (7) hatte in einer Reihe von Versuchen gefunden, dass eine Anzahl von Stoffen, Jodkali, Ferrocyankalium etc. durch einen 10%igen Zusatz von Alkohol und Glycerin durch Pergamentpapier oder Darm wesentlich schneller diffundiren, und ebenso, dass von der Schleimhaut des Mundes aus Jodkali, welches in gleichem Verhältnisse in denselben Flüssigkeiten gelöst ist, in doppelter Menge resorbirt wird. In Folge dessen empfiehlt Rumpf, allen Substanzen, welche auf Schleimhäute eine tiefere Wirkung entfalten sollen, 5—10% Glycerin hinzuzusetzen. Ferner fand Rumpf, dass ausser der von Arnschink bereits beobachteten Steigerung der Stickstoffausfuhr, Glycerin beträchtliche Vermehrung der Urin-Absonderung hervorrufe. Mithin räth er, in manchen Formen von Oedemen, welche mit einer Zurückhaltung von Stoffwechselproducten einhergehen, durch Darreichung von Glycerin (50—100·0 Gr. in Milch, vielleicht mit einem kleinen Zusatz von Kaffee, in kleinen Einzelgaben) eine Beschleunigung der Ausscheidung der Flüssigkeit oder der Stoffwechselproducte zu versuchen.

O. Rosenthal.

Paschkis und Obermeyer (8) haben die Frage der Resorption des metallischen Arsens auf experimentellem Wege zu lösen versucht. Die Untersuchungen wurden in zwei Richtungen angestellt. Zunächst constatirten die beiden Autoren, dass metallisches Arsen in chemisch reinem Zustand, entsprechend den Angaben von Schroff und im Gegensatze zu den Angaben von Schmidt und Brettschneider, thatsächlich als Gift wirke, und dass die Giftwirkung nicht, wie letztere Autoren behaupten, auf eine Verunreinigung mit Oxydationsstufen des Metalles zurückzuführen sei. Die zweite Frage war die, ob es gelingen werde, das fein vertheilte, metallische Arsen, so wie Quecksilber, von der intacten Körperhaut zur Resorption zu bringen und ob es gelinge, auf diese Weise „den Körper durch längere Zeit hindurch unter einer mässigen Arsenwirkung zu erhalten". Die Autoren wendeten das Arsen in Form von Einreibungen und als subcutane Injection an, wobei alle Cautelen angewandt wurden, dass nur chemisch reines Metall zur Verwendung komme. Zu Einreibungen

wurde das mit wenig Oel feinst vertheilte Arsen mit Lanolin zu einer gleichmässigen schwarzgrauen Salbe verrieben. Zur Injection wurde entweder eine Lösung der Arsensalbe in Oel oder eine Suspension von durch Reduction von arseniger Säure mittelst phosphoriger Säure erhaltenem Metall in Oel angewendet. Einem Hunde und einem Kaninchen wurden je 0·1 metallisches Arsen subcutan applicirt, in beiden Fällen war dasselbe nach einem, respective 2 Tagen im Harn nachweisbar. Der Hund starb nach 15 Tagen unter Erscheinungen von Gastro-Enteritis, Nephritis. Das Kaninchen wurde nach einer Woche getödtet und zeigte Enteritis, Nephritis modica. Zwei Kaninchen. denen je 0·5 Arsen mit Lanolin eingerieben wurden, zeigten nach einigen Tagen Arsen in Harn und Fäces, erholten sich jedoch von dem anfänglichen Unwohlsein ziemlich rasch. Nach diesen Versuchen unternahmen die Autoren auf Prof. Kaposi's Klinik den Versuch, drei Psoriatiker anstatt durch Injectionen oder Pillen, durch Einreibung mit ihrer Arsensalbe zu behandeln. In einem Falle von Psoriasis guttata universalis gelang es, nach 8 Einreibungen mit im Ganzen 1·4 Arsen Rückbildung zu erreichen. Behandlungsdauer etwa 1 Monat. In zwei anderen Fällen notiren die Autoren das Auftreten von Arsen in Harn und Fäces, jedoch ohne eines therapeutischen Erfolges zu erwähnen. Bei Application der Salbe zeigten sich häufig Folliculitiden und Eczem an den eingeriebenen Punkten. Störungen des Allgemeinbefindens wurden nicht beobachtet. Die Autoren kommen zum Resultat, dass auch vollkommen reines Arsen von dem Unterhautzellgewebe sowohl, als auch von der unverletzten Haut resorbirt wird. Die Resorption geht ziemlich langsam vor sich. Die letztgenannte Methode eignet sich auch zur Anwendung beim Menschen. Ueber die Technik und Dosirung dieser Anwendungsweise versprechen die Autoren nach Abschluss der diesbezüglichen Versuche näher zu berichten.

Hock.

Minot (9) beobachtete an kleinen Stücken der menschlichen fötalen Epidermis, wenn selbe vom Corium getrennt und gefärbt wird, ein äusseres Lager grosser, polygonaler Zellen, mit roth markirten Grenzlinien und einen granulirten, stark gefärbten Kern, innerhalb welches ein Nucleus in der Mehrzahl der Fälle gesehen werden konnte. Diese granulirten Zellen hält er für eingeschrumpftes Zellprotoplasma und glaubt, dass die Zellen selbst Theile eines oberflächlichen Lagers sind, identisch mit dem sogenannten Epitrichium, welches bei Vögeln und Reptilien bereits beschrieben wurde. Der erste der das Epitrichium erwähnt, ist Prof. Welcker aus Halle. Derselbe fand in einem Embryo von Bradypus eine eigenthümliche membranöse Bedeckung, innerhalb welcher die dichte Haarentwickelung zu sehen war. — Er konnte beweisen, dass dies die äusserste Bedeckung der fötalen Epidermis ist, welche in directer Verbindung steht mit den epidermoidalen Lagern oberhalb des Rete, und durch die Entwickelung der Haare von den Hautresten abgehoben und getrennt wird. Die allererste Erwähnung dieser membranösen Bedeckung rührt von Eschricht und Ebsen her, welche es als einen Theil des Amnion betrachten; und von Simon, welcher geneigt erscheint, selbe als eine besondere Fötalhaut zu beschreiben und nicht etwa als einen Theil der allgemeinen Epidermis. Welcker gab nun dieser Membran den Namen Epitrichium und beschreibt sie als eine Bedeckung der Haare. Weitere embryologische Studien lehrten ihn, dass eine ähnliche Bedeckung in einer gewissen Zahl anderer Säugethiere ebenfalls vorkommt, während bei anderen wiederum keine so distincte Membran vorhanden ist und nur die oberen Zellen des Ectoderms eine andere histologische Structur aufweisen als die tiefer liegenden Zellen. Diesen Zellen gab Welcker nun den Namen „epitrichiales Lager", welches wohl identisch ist mit dem Namen Epitri-

chium; wenngleich er diesen Namen nur für jene die Haare bedeckende Membran reservirt wissen will, welche er, wie bereits oben bemerkt, nur bei gewissen Säugethieren auffinden konnte. Beim Menschen selbst, beschreibt Welcker ein epitrichiales Lager, welches aus grossen, polygonalen Zellen besteht, welche runde Nuclei haben, viel grösser als in den Zellen der unterliegenden Epidermisschichten. Nach Welcker findet man also ein Epitrichium (indem wir darunter eine frei trennbare Membran verstehen, welche des Haares Wachsthum bedeckt) bei: Bradypus, Choloepus, Myrmecophaga, Dicotyles, und wahrscheinlich auch beim Pferde. — Obgleich Welcker's Epitrichium so ziemlich acceptirt wurde, wurde das epitrichiale Lager nicht allgemein angenommen, wenigstens was den Menschen betrifft — und seine Untersuchungen sind so vollkommen vergessen worden, dass wir in den Texten, welche über die Entwickelung der Haut handeln, keinerlei Erwähnung davon finden. Trotzdem kann es keinem Zweifel unterliegen, dass ein epitrichiales Lager existirt — nur über seine Bedeutung ist man sich nicht ganz klar. Kurbert, dessen Untersuchungen ausschliesslich die Haut der Reptilien betreffen, gibt an, dass die äusserste Epidermisschichte, nicht wie Leyden es annimmt, als Cuticula, d. h. als eine besondere Partie der Hornschichte zu betrachten ist, sondern als eine besondere histologische Schichte angesehen werden muss, und nennt sie, dem Beispiele Welcker's folgend: Epitrichiale Schichte. Er beschreibt sie als eine Lage polygonaler Zellen mit gelegentlich vorkommenden Nucleis, während in den darunter liegenden Lagern die Zellen rund sind und einen grösseren Kern besitzen. Kurbert beschreibt weiters bei den Reptilien eine Körnerschichte unmittelbar unter dem epitrichialen Lager und directe dem Stratum corneum aufliegend. Kölliker, welchem wir so viel verdanken in Betreff der Kenntniss der frühen Perioden der Hautentwickelung, bemerkt in Betreff der Entdeckung eines Epitrichium durch Welcker bei den Säugethieren, dass wir speciell beim Menschen keinen Grund haben eine Trennung der ersten Hornschichte von den späteren Hornschichten anzunehmen. — Seine Ansicht ist folgende: dass die embryonale Hornschichte, welche zuerst zur Entwickelung kommt, früher oder später abgeworfen wird, dass aber andererseits es nicht bewiesen sei, dass überall es nur die äusserste Schichte ist, welche zur Abstossung kommt und dass ein bedeutender Unterschied vorhanden ist zwischen dieser und der nächstfolgenden Schichte. Jeffries, welcher das epidermoidale System der Vögel studirte, fand bei Embryonen des 5. Tages, ein distinct geformtes, epitrichiales Lager, am 20. Tage war es vollständig fertig gebildet und erstreckte sich über den ganzen Körper. Als solcher besteht er aus einem continuirlich sich fortziehenden Lagerflecken polygonaler Zellen, mit breiten Zwischenräumen. — Gardiner betrachtet das epitrichiale Lager als einen Theil jener Epidermis, welcher erscheint, bevor der Embryo genügend entwickelt ist, um eine Hornlage zu produciren. — Er legt grossen Nachdruck auf das Factum, dass es in einer frühen Periode der Entwickelung ganz unmöglich ist, zu entscheiden, ob die von den mucösen Lagern producirten Zellen, sich in Hornzellen verwandeln, oder ob sie blos das Stratum corneum bedecken. Beim Huhne konnte er in allen jenen Theilen keinerlei epitrichiales Lager finden, woselbst keine wirkliche Hornsubstanz gebildet wird, und er behauptet, dass auf dem Rücken, Kopfe etc. diese Lage von den unterhalb liegenden Zellen nicht unterschieden werden kann. Gardiner studirte ferner das Epitrichium von des Ferkels Huf. Daselbst fand er eine deutliche Lage der runden oder ovalen Zellen, wie in Fig. 16 zu sehen ist. Unna will das Epitrichium beim Embryo des Ferkels in Verbindung mit dem Hufe gesehen haben. — Er ist der Ansicht, dass beim Menschen ein Epitrichium nur am Lager vorkommt, welches in

Verbindung steht mit dem Epitrichium des übrigen Körpers, wenn die Hornschichte eine grössere Festigkeit besitzen würde. Diese Hornschichte nennt er Epitrichium. Die beste technische Methode um zu einem guten Resultate zu gelangen, ist folgende: Färbung in toto in Pikrocarmin oder in Eosin; Einbettung in Paraffin. Bis dato hat man allgemein angenommen, dass das Ectoderm ursprünglich aus einer Zellenlage besteht, dann folgt eine zweite Lage, unter der ersten erscheinend. Die Art der Production dieser zweiten Lage ist Gegenstand sehr verschiedener Meinungen gewesen. Gardiner hält dafür, dass die Originalzellen transversal getheilt werden (beim Huhne). Es war M. nicht möglich, diese Angelegenheit beim menschlichen Embryo zu studiren. Bei einem mässig gut erhaltenen, acht Wochen alten Fötus fand M. das Ectoderm aus zwei Lagen von Zellen bestehend, eine innere Lage cylinderförmiger Zellen, und eine äussere Lage etwas grösserer Zellen, die rund oder polygonal waren. Mitunter konnte der Verfasser drei Lagen constatiren, eine äussere, innere und eine intermediäre Schichte. Berggruen.

Brounson E. B. Anthrarobin. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. New-York 1888. — **Corlett** W. J. Hautkrankheiten zu Folge schlechter Ernährung. Med. Rec. New-York 1888. — **Dan Pelt** C. L. Behandlung der Hautkrankheiten. Med. and Surg. Rep. Toledo 1888. — **Fox** G. H. Ueber verschiedene Formen von Jucken. Post Graduate. New-York 1887. — **M'Guive.** Ueber den Gebrauch fest anhaftender Verbände bei Behandlung von Hautkrankheiten. Ann. Pract. and News. Louisville 1888. — **Knaggs** H. V. Eine neue Methode der localen Behandlung der Hautkrankheiten. Pr. intern. med. Cong. Washington 1887. — **Leviseur** F. J. Eine neue Methode, die Farbe der Hautkrankheiten zu studiren. Med. Record, New-York 1888. — **Leydig** F. Pigmente der Hautdecke und Iris. Verhandl. d. phys.-med. Ges. Würzburg 1888. — **Morison** R. B. Hautkrankheiten bei Negern. Med. News. Philadelphia 1888. — **Müller** G. Hauterkrankungen bei Vögeln. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888. — **Reynolds** H. J. Eine neue Methode der Behandlung der parasitären Hautaffectionen. Pr. intern. med. Cong. Washington 1887. — **Rickets** B. M. Arsenik in der Dermatologie. Journ. of the Americ. Med. Associat. Chicago 1888.

Anomalien der Secretion und des Secretionsapparates.

1. **Giovannini.** Un caso d'idrosadenite. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, Nr. 3.

Das Object von Giovannini's (1) Beobachtung bildet nachstehender Fall: Einer 45jährigen Wäscherin wurde in der Reconvalescenz nach einer mehrwöchentlichen fieberhaften, mit profusen Schweissen einhergehenden Erkrankung — es muss bemerkt werden, dass die Kranke stets nur an der oberen Körperhälfte schwitzte — von dem sie behandelnden Arzte Jodkali in steigender Gabe ordinirt. Nachdem sie das Jodsalz durch 10 Tage genommen, und die Tagesdosis von 1·40 erreicht hatte, erkrankte sie an einer in Form von erbsengrossen Knötchen auftretenden Hauteruption, die anfänglich auf die Unterschenkel beschränkt war, sich jedoch nach einigen Tagen auch über die Oberschenkel, die Nates, den Unterleib, den Rücken, die oberen Extremitäten und das Capillitium ausbreitete. Die Haut der Ober- und Unterschenkel war am stärksten afficirt; Gesicht, Brust, Hände und Füsse blieben vollkommen frei. Besagte Knoten, deren Entwickelung ein intensives Jucken vorausging, welches alsbald einem stechenden Schmerze wich, wuchsen allmälig und erreichten schliesslich Traubenbeeren- bis Nussgrösse. Die kleineren davon schienen ihren Sitz

ausschliesslich in der Cutis zu haben, während die grösseren bis in das subcutane Bindegewebe reichten; theils waren sie regellos auf der Hautoberfläche zerstreut, theils standen sie in Gruppen neben einander, hie und da auch in Form eines Halbkreises. An einzelnen Stellen, so namentlich an den Schenkeln, umgab eine Gruppe von kleineren Knoten einen im Centrum sitzenden grösseren. Die die Knoten bedeckende Haut war theils von normaler Farbe, theils zeigte sie ein kupferrothes Colorit. Ueber den weiteren Verlauf der Affection wäre zu bemerken, dass die grösseren Knoten vereiterten und spontan aufbrachen oder künstlich eröffnet wurden, während sich die kleineren allmälig unter Abschuppung der sie bedeckenden Haut involvirten. Im Höhestadium der Erkrankung, welche in 3½ Monaten abgelaufen war, bestand mässiges Fieber. Durch die histologische Untersuchung eines excidirten erbsengrossen Knotens stellte Giovannini fest, dass die Affection einem entzündlichen Processe ihren Ursprung verdankte, welcher Process seinen Sitz constant um die Schweissdrüsen hatte und wie man wohl annehmen kann, durch einen von den Drüsen selbst ausgehenden Reiz bedingt war, denn der ganze Knoten bestand aus einer Gruppe entzündeter Schweissdrüsen. Die Diagnose lautete: diffuse, herdweise auftretende, subacute, häufiger ohne als mit manifester Eiterung verlaufende Hydrosadenitis. Im Verlauf der Eruption traten zwei Momente besonders hervor: das erste bestand darin, dass, während die Hydrosadenitis sich in der Regel ohne Fieber entwickelt, im vorliegenden Falle die Eiterungsperiode von mässigem Fieber begleitet war, welches, wie Giovannini meint, pyämischer Natur war; zweitens entwickelten sich die Hydrosadenitisknoten besonders reichlich an den unteren Extremitäten, also dort, wo die Kranke gar nicht schwitzte. Was die Aetiologie der beschriebenen Hautaffection betrifft, dachte Giovannini anfänglich an eine Abhängigkeit derselben vom Jodkali, welches die Kranke genommen hatte; doch förderte die chemische Untersuchung des aus einzelnen Knoten entleerten Eiters nicht eine Spur von Jodkali zu Tage. Nun wurde der Kranken, versuchsweise neuerdings Jodkali in steigender Gabe bis zu 5 Gr. pro die verordnet, aber es traten keine neuen Knoten auf, weshalb die Annahme, dass die Hydrosadenitis eine Folge des Jodgebrauches gewesen wäre, fallen gelassen werden musste. Giovannini nimmt nun, gestützt auf einzelne analoge Beobachtungen Strümpell's an, dass in seinem Falle die Hydrosadenitis mit dem typhösen Processe, welchen die Kranke eben überstanden hatte (dass es ein Typhus war, schliesst er aus dem deutlich nachweisbaren Milztumor), in Connex gebracht und als eine Folgekrankheit desselben angesehen werden könne. Dornig.

Bonnain. Sudorémie pernic. Poit. méd., Poitiers 1888. — **Dibble** Le R. Hyperidrosis der Füsse. Kansas City, Med. Record 1889. — **Foot** A. W. Chromidrosis. Brit. Med. Journ. 1889, London. — **Handford** H. Stearrhoea nigricans. Illustr. med. News. London 1888/89. — **Raymond** P. Ephidrosis des Gesichtes. Arch. de neurol. Paris 1888. — **Scott** F. A. Ein Fall von Hyperidrosis. Med. Rec. Philadelphia 1888.

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

(Infectiöse Entzündungsprocesse.)

1. **Rehn** H. Eine Rubeolen-Epidemie. — Jahrb. f. Kinderheilk. 1889, Nr. 3 u. 4.
2. **Tschamer** A. Ueber örtliche Rötheln. — Jahrb. f. Kinderheilk., Heft 3 u. 4, 1889.

3. **Loeb.** Propetonurie, ein häufiger Befund bei Masern. — Centralbl. f. klin. Med. 1889, Nr. 15.
4. **Altobelli.** La scarlattina ed il Morbo di Werlhof nella parotite. — Giorn. internaz. d. sc. med. 1889, 4.
5. **Joachim.** Ueber Psychosen nach Scharlach im Kindesalter. — Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. XXIX, S. 333.
6. **Katz.** Scarlatinöse Labyrinth-Entzündung. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 28.
7. **Lewentaner.** Ueber antiseptische Behandlung der Variola. — Therap. Monatsh. 1889, Nr. 6.
8. **v. Brunn.** Zur Ichthyol-Behandlung des Erysipels. — Therap. Monatsh. 1889, Heft 5.
9. **Gerber.** Beitrag zur Impftuberculose beim Menschen. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 16.
10. **Löwenstein** J. Die Impftuberculose des Präputiums. — Inaug.-Dissertation der medicinischen Facultät zu Königsberg.
11. **Sawtschenko.** Ueber Osteomyelitis leprosa. (Aus Podwynotzki's Institut für allgemeine Pathologie in Kiew.) — Centralbl. f. Bacteriologie u. Parasitenk., Nr. 18, 1889.
12. **Zagari.** Ricerche eziologiche sul rinoscleroma. — Giorn. internaz. d. sc. med. 1889, 4.
13. **Wolkowitsch** N. Das Rhinosklerom. Eine klinische, mikroskopische und bacteriologische Studie. — Arch. f. klin. Chir., Bd. 38, H. II u. III.
14. **Stadthagen** und **Brieger.** Ueber Cystinurie nebst Bemerkungen über einen Fall von Morbus maculosus Werlhofii. — Berliner klin. Wochenschrift 1889, Nr. 16.
15. **Eichhorst** H. Ueber die exanthematischen Krankheiten. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 40.
16. **Queirolo.** Un caso di emiplegia destra consecutiva morbillo. — Gazz. degli ospitali 1889, Nr. 81, 82.
17. **Scalese.** Di un' anomalia rara nella febbre del morbillo. — Riv. clin. e terapeut., XI. Jahrg., Nr. 2.
18. **Gruwe.** Masernähnliches Exanthem. — Aerztl. Ver. z. Hamburg. Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 34.
19. **Reimer.** Beiträge zur Lehre vom Fieber beim Scharlach. — Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. XXX, pag. 34.
20. **Kroell.** Zur Therapie des Erysipels, speciell dessen mechanische Behandlung. — Therap. Monatsh. 1889, Nr. 8.
21. **Buch** Max. Om rosens pathologi och therapi. — Finska läkaresällskapets Handlingar 1889, XI., pag. 942—946.
22. **Lauenstein.** Ueber die Behandlung des Erysipels nach Kraske-Riedel. Discussion über den Vortrag. Aerztl. Ver. z. Hamburg. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 34.
23. **Samter.** Zur Behandlung des Erysipels mit Carbolinjectionen. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 35 u. 36.
24. **Michelson.** Demonstration zweier Fälle von Lupus des Kehlkopfes. Ver. f. wissensch. Heilk. zu Königsberg. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 32.
25. **Saalfeld** E. Ueber die Behandlung des Lupus vulgaris mit Perubalsam. (Vorläufige Mittheilung). — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 45.
26. **Senger.** Ueber Lupusexcision und deren plastische Deckung, nebst einigen Bemerkungen zur Thier'schen Transplantation. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 33.
27. **Rydygier** (Krakau). Ueber Rhinosklerom. — Centralbl. f. Chir. 1889, Nr. 29, Beilage.

28. **Kosmowsky.** Ein Fall von Myxödem. — Sitzungsber. d. med. Ges. zu Archangelsk 1889, II., pag. 2—15 (russisch).
29. **Parfianowitsch.** Ein Fall von Lymphodermia perniciosa. — Sitzungsber. d. med. Ges. z. Kaluga 1889, pag. 9 (russisch).
30. **Nikolsky.** Elephantiasis in Russland. — Medizinskoie Obosrenie 1889, Nr. 4 (russisch).
31. **Raptschewsky.** Ueber die Resultate der Forschung des Pendjehgeschwüres in der Murhabthat 1887/88. — Kaukas. med. Sammelschr. 1889, Nr. 49, pag. 86—191 (russisch).
32. **Profeta.** Sulla eziologia e patogenesi della lepra. — Giorn. internaz. d. sc. med., XI. Jahrg., Nr. 8.
33. **Brigidi.** Studio anatomo-patologico della lebbra. — Lo Sperimentale 1889, Nr. 8 u. 9.
34. **Danielssen** D. C. Beretning om Lunge. — Gaardshospitales Virksomhed i Treaaret 1886—1888.

Gelegentlich einer Epidemie der oben genannten Krankheit constatirte Rehn (1), dass zumeist Kinder im schulpflichtigen Alter erkrankten; Kinder unter dem 2. Lebensjahre erkrankten nicht. Das Incubationsstadium bemisst Rehn mit 17 Tagen; das Prodromalstadium nach Stunden. Mit oder ohne Prodroma erschien das Exanthem im Gesicht, um dann den übrigen Leib und zuletzt die Extremitäten zu befallen. Hellrothe bis dunkle Knötchen oder Flecken, die Anfangs zerstreut, später gehäuft nebeneinander auftreten, machen das Exanthem aus; auf den Schleimhäuten des Auges, des Mundes und Rachens dieselben Veränderungen. Nach 3—4 Tagen ist die Florition vorüber und es beginnt die Abblassung. Bis auf eine Schwellung der Nackendrüsen und der Drüsen hinter dem Ohre, keine Complication. Die Temperatur kann bis auf 39 Grad ansteigen.

Im Verlaufe von 3½ Monaten hat Tschamer (2) eine Rubeolenepidemie in Graz beobachtet, die durch das Hautexanthem allein charakterisirt war. Fast bei allen 30 Kranken waren rosenrothe, auf Druck erblassende, schwach elevirte Flecke im Gesichte und auf den Extremitäten wahrzunehmen. Durch peripheres Wachsthum und durch Confluenz nahmen die Flecke an Grösse zu, so dass sie auf den Vorderarmen ein scharlachähnliches Exanthem darstellten. Auf den Extremitäten waren es die Vorderarme und die Unterschenkel, die auf den Streckseiten zumeist das Exanthem darboten; die oberen Abschnitte der Extremitäten, ebenso der Rumpf blieben davon verschont, oder zeigten nur einige sehr blasse Flecke. Immer begann das Exanthem im Gesichte, und zwar ganz symmetrisch, nahm an Sättigung des Farbentones erst später zu, wobei es auch zu linearen Flecken kam. Augen, Mund- und Rachenschleimhaut blieb normal; ebenso fehlte jede Drüsenschwellung. Der Verlauf war zumeist fieberlos. Nebst Kindern über 2 Jahren erkrankten auch drei erwachsene weibliche Individuen. Das Incubationsstadium zeigte kein einheitliches Verhalten, und konnte nur sechsmal mit 7 Tagen fixirt werden. Horovitz.

Loeb (3) fand unter 12 Fällen von Masern neunmal Propepton im Urin. Salpetersäure, tropfenweise dem Harn zugesetzt, ruft hierbei einen reichlichen, flockigen Niederschlag hervor, der sich beim Erwärmen (auch bei weiterem Säurezusatz) auflöst, um beim Erkalten wieder zu erscheinen. Ebenso wirkten Essigsäure und Kochsalz. Diese Reaction zeigt sich in der Regel bei beginnender oder schon eingetretener Defervescenz, bei noch vorhandenem Ausschlag und war fast immer 2 Tage hindurch nachzuweisen. — In allen obigen Fällen gelang Loeb auch die Diazoreaction, während einige Male letztere vorhanden war, wo Propepton zu

fehlen schien. Loeb möchte eine Vergrösserung der Leber, die er öfter bei masernkranken Kindern fand, oder auch die Hautaffection mit der Hautveränderung in Verbindung bringen. O. Rosenthal.

Altobelli (4) beobachtete bei einem 16jährigen Mädchen, welches an beiderseitiger infectiöser Parotitis erkrankt war, die Eruption von Scarlatina vor dem Ablauf der Parotitis. — In einem zweiten Falle von infectiöser Parotitis — derselbe betraf ein 5jähriges Mädchen — gesellte sich zu der Entzündung der Ohrspeicheldrüse eine schwere Purpura haemorrhagica, welche, wie Altobelli annimmt, auf die durch das infectiöse Agens der Parotitis hervorgerufenen Alterationen des Blutes und der Gefässe zurückzuführen war. Dornig.

An der Hand der bisher veröffentlichten (15) Fälle und unter Hinzufügung einer eigenen Beobachtung bespricht Joachim (5) die Psychosen nach Scharlach im Kindesalter. Sie treten, ohne ein Geschlecht besonders zu bevorzugen, im Stadium decrementi und im Reconvalescentenstadium auf, häufiger in der Form von Exaltations-, als von Depressionszuständen, dauern wenige Stunden bis mehrere Monate und geben eine günstige Prognose. Nur zweimal war die Heilung unvollständig. Sie sind unabhängig von der Schwere der Erkrankung. Es ist der Scharlach die Gelegenheitsursache. Sie entstehen auf Grund einer individuellen, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in hereditärer Belastung beruhenden Prädisposition in Folge einer durch die Krankheit bewirkten Ernährungsstörung des Gehirns. Auftreten der Psychosen im Stadium decrementi unter Zeichen von Collaps. Zum Schluss gibt Joachim einige historische Notizen.

Katz (6) bespricht zunächst die Erkrankungen des Mittelohrs, weil sie speciell beim Scharlach Ursache der Labyrinthentzündung werden. Es kommen vorwiegend drei Formen der Schleimhautentzündung vor, starke, zottige Anschwellung in Folge reichlicher zelliger Infiltration und seröser Durchtränkung des submucösen Gewebes nebst enormer Gefässektasie, ulcerative, den Knochen freilegende Vorgänge und dann für die consecutive Labyrintherkrankung bedeutsame acute, cariöse Processe an den Gehörknöchelchen und der Labyrinthwand. Nach Baader ist das Gehörorgan in 22 bis 33 Procent aller Scharlacherkrankungen betheiligt. Die Otitis med. scarlat. ist secundär, vom Rachen fortgeleitet. Da selbst gröbere Veränderungen am Schallleitungsapparat das Hörvermögen nicht vollständig aufheben, spricht totale Taubheit für Labyrintherkrankung. Bei partieller Labyrintherkrankung Hörvermögen eventuell theilweise erhalten. Katz demonstrirt die Präparate (beste Conservirungsmethode Osmiumbehandlung mit späterer Chromessigeinwirkung) von 2 Fällen von schwerer Scarlatina mit Nasenrachendiphtherie; deren ersterer an Meningitis, der zweite an Laryngitis gestorben war. Im ersten Falle völlige Zerstörung des rechten Labyrinths. Der Process war durch Otitis med. diphth. und durch Caries des Steigbügels in den Vorhof gekommen, von dort in die Schnecke und dann den rechten Acusticus entlang in die Meningen. Acusticus und Facialis in Eiter eingebettet. Intra vitam keine Facialisparalyse aber sehr erhebliche Schwerhörigkeit. Links intra vitam keine Symptome. Bei der Section wurde das Mittelohr mässig entzündet gefunden, die Schnecke partiell in der ersten Windung mit nekrotischen Massen, die übrigen Windungen mit spärlichen Eitermassen erfüllt. Cort. Organ zum Theil gut erhalten, eiterige Infiltration des Acusticusstammes im inneren Gehörgang. Die linksseitige Labyrinthentzündung wahrscheinlich secundär von der Meningitis aus. Im zweiten Falle intra vitam hochgradige Schwer-

hörigkeit. Ohrbefund rechts: Otitis med. diphth., massenhafte Streptococcen in der Schleimhaut, Caries des Hammers und des Steigbügels. Fibrinöses Exsudat im Vorhof und den Schneckenwindungen nebst reichlichen Eiterzellen besonders auf der Membr. Reischeri. Links perforative Mittelohrentzündung. Labyrinth frei. Primäre selbstständige Entzündungen des Labyrinths sind selten und anatomisch bisher noch nicht sicher (mikroskopische Untersuchung) festgestellt. Dies gilt auch vom Menière'schen Fall, der Otitis intima Voltolini's, den Labyrinthaffectionen bei Lues und Mumps. Bei frischer scarlatinöser Labyrinthentzündung Eis und locale Blutentziehung. Die primäre Mittelohrentzündung beim Scharlach sehr zu beachten. Prophylaktisch ist gewiss Manches bei antiseptischer Behandlung und Anwendung der Luftdouche zu erreichen. Bei chronischer Labyrinthaffection ist die Aussicht auf Erfolg gering. Von Jodkali sah der Vortragende keine Wirkung, Pilocarpininjectionen wären zu versuchen.

Lewentaner (7) erzielte in 6 Fällen von schwerer confluirender Variola bei Kindern im Alter von 10, 11, 15 und 18 Monaten, die durch die Erkrankung insbesondere gefährdet sind, dadurch vollständige Heilung ohne Narbenbildung, dass er im ersten Falle, seinem eigenen 10monatlichen Kinde, eine 3procentige Carbolsäurepaste aus Amylum und Ol. amygdal. dulc., in den anderen aus Vorsicht statt der übrigens gut vertragenen Carbolsäurepaste eine gleich starke Salicylsäurepaste mittelst einer eng anliegenden, nur schmale Oeffnungen für Augen, Nase, Mund zeigenden Leinwandmaske auf den ganzen behaarten Kopf, Gesicht und Hals applicirte, und Rumpf und Extremitäten öfters mit einer 3procentigen Salicylsäure-Glycerin (70·0)-Amylum (30·0)-Paste bestrich. Gleichzeitig kam, um den Pharynx vor der Eintrocknung — wegen der durch die Pustelbildung auf der Nasenschleimhaut bedingten Undurchgängigkeit der Nase wird mit offenem Munde geathmet — möglichst zu schützen, Ol. amygd. dulc. 15·0, Syrup. aurant. flor. 30·0, Aqu. laurocer. 10·0, Chinin. hydrochl. 0·3, Solve acid. in hydrochlor. q. s. f. Emulsio in Anwendung, wovon den Kindern in liegender Stellung alle $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Stunde mittelst Tropfenzählers eingeflösst wurde. Eine Anätzung der Cornea ist durch eventuelles Ueberfliessen der Paste nicht zu fürchten, da die Augen in Folge der Anschwellung und Verklebung der Lider abgeschlossen werden. Falkenheim.

Brunn (8) hat in einem Falle von Gesichtserysipel mit einer Temperatur von 40·6° Ichthyol in folgender Form: Ammon. sulfoichthyol. Aether. āā 5·0, Collod. 10·0 aufgepinselt. Die Temperatur ging an demselben Abend unter Schweissausbruch auf 37·3 herunter, um am nächsten Tage beim Ueberspringen der Affection auf die Ohrmuscheln noch einmal auf 39·6° anzusteigen. Nachdem Ichthyol auch auf diese Theile aufgetragen war, trat unter gleichzeitiger Anwendung von 1·0 Gr. Antipyrin an demselben Abend noch dauernde Entfieberung ein. Brunn empfiehlt das Ichthyolcollodium als eine Verbindung, die am besten geeignet ist, die Entwickelung des Mikrococcus des Erysipels zu verhindern. O. Rosenthal.

Nach einer Uebersicht über die bisher veröffentlichten Fälle, von denen er eine Reihe als nicht rein ausschalten zu müssen glaubt, stellt Gerber (9) als Postulat für einen unanfechtbaren Fall von Impftuberculose auf: Ausschliessung hereditärer Belastung, sowie jeder früheren tuberculösen Erkrankung und Nachweis einer Infection beim Umgehen mit irgend welchem tuberculösen Material. Von Fällen, in denen es zu einer wirklichen Drüsentuberculose gekommen ist, erwähnt er die von Tscherning, Karg und Leser. In einer zweiten Gruppe stellt er dann die Fälle von Impftuberculose des Präputiums zusammen, die durch

das in niedrigen jüdischen Volksclassen noch übliche Aussaugen der rituellen Circumcisionswunden entstanden sind. Eine dritte Gruppe umfasst die Fälle mit latenter Eingangspforte des Virus, in denen also gleichsam der Primäraffect fehlte. In dem eigenen Falle handelte es sich um einen bei der Section einer exquisit tuberculösen Leiche zugezogenen Leichentuberkel am kleinen Finger der linken Hand, der zu einer Verkäsung der axillaren Lymphdrüsen der betreffenden Seite führte, die exstirpirt wurden und in denen — die Diagnose des Herrn Prof. Mikulicz bestätigend — Tuberkelbacillen gefunden wurden. Hereditäre Belastung, sowie irgend eine frühere tuberculöse Erkrankung sind ausgeschlossen.

Autoreferat.

Nachdem Löwenstein (10) die bisher bekannt gewordenen Fälle von Impftuberculose des Präputiums zusammengestellt hat, gibt er die Krankengeschichten von 3 neuen, auf der Klinik des Herrn Prof. Mikulicz von ihm beobachteten Fällen, die sich übrigens durchaus an die früher veröffentlichten von Lindmann, Lehmann, Hofmokl, Elsenberg und W. Meyer anschliessen.[1]) In allen 3 Fällen handelt es sich um gesunde, hereditär nicht belastete Kinder, die von notorisch phthisischen Beschneidern circumcidirt waren. Die bakteriologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. Gerber.

Sawtschenko (11) hatte Gelegenheit, die Knochenaffectionen von 3 Leprösen einer histologischen und bacteriologischen Untersuchung zu unterziehen. Er fand in der Spongiosa bis erbsengrosse Herde, deren centraler Theil von fungösen Massen erfüllt war und keine Knochenbalken enthielt. Die benachbarte Corticalis zeigte zuweilen osteoporotische Processe. Lag der Knochen an ulcerirten Hautstellen frei zu Tage, so bot das Periost entzündliche Veränderungen, Osteophyten; war der Knochen nicht entblösst, so schien das Periost makroskopisch normal. Die Leprabacillen erzeugen die Knochenerkrankung, wie die leprösen Herde in der Haut und anderen Bindegewebsbildungen. Es liegen dieselben im Innern der Zellen, besonders der sogenannten Makrocyten (grosse, lymphoide Zellelemente), sowie in den Lymphgefässen und Lymphspalten. Ihre Lage hängt von dem Stadium des Processes ab, in welchem sich die betreffende Stelle gerade befindet. Die in den Zellen anzutreffenden Vacuolen enthalten ein flüssiges Product, das wohl von den Bacillen ausgeschieden wird, oder Zellproduct ist im Sinne einer intracellulären Verdauung. Die ausserhalb der Zellen gelegenen Bacillen färben sich intensiver als die im Innern der vacuolisirten Zellen vorhandenen. Die Entwickelung der Lepraknoten in dem Knochenmark trennt Verfasser in 4 Stadien. Sie beginnt mit der Invasion von Leprabacillen in die vacuolisirten Zellen. Dann gehen die lymphoiden Zellen mit Bacillen angefüllt zu Grunde: es liegen damit die Bacillen zum Theil frei. In dem 3. Stadium wird das Stroma des nun schon sichtbaren Lepraknotens von schwach vascularisirtem fibrillärem Bindegewebe gebildet, in dessen Spalten epithelioide Zellen. Die Leprabacillen liegen intracellulär. Jetzt gehen auch die epithelioiden Zellen zu Grunde; die Bacillen sind entweder in den Lymphspalten als bacilläre Kugeln oder strangartig angesammelt. Riesenzellen treten auf, die die Gefässlumina verstopfen. In dem eigentlichen Knochengewebe sind die Bacillen besonders in den Haversi'schen Canälen anzutreffen. Im Gegensatz zur Knochentuberculose fehlt bei der Lepra die Granulationsinfiltration völlig. Der Process geht hier sehr langsam vor sich und zeigt Neigung

---

[1]) Siehe Gerber, Beitrag zur Casuistik der Impftuberculose, S. 3.

zu narbiger Schrumpfung: „es wirken die Leprabacillen weniger energisch und deletär auf die von ihnen befallenen Gewebe als die Tuberkelbacillen." (Baumgarten.) Stern.

Die Ergebnisse der Untersuchungen Zagari's (12) stimmen mit jenen Mibelli's (siehe dieses Archiv 1888, pag. 961) darin überein, dass aus Rhinoskleromgewebe ein Mikroorganismus gezüchtet werden könne, der mit dem von Cornil und Alvarez histologisch nachgewiesenen identisch ist. Auch bezüglich der biologischen Eigenschaften dieses Mikroorganismus herrscht zwischen Zagari und Mibelli volle Uebereinstimmung. Impfversuche, welche Zagari sowohl mit Rhinoskleromgewebe, als auch mit den aus diesem erhaltenen Culturen an Kaninchen und Meerschweinchen ausführte, ergaben durchgehends negative Resultate: es erfolgte weder eine locale Reaction, noch eine Allgemeininfection. Daraus folgert Zagari: 1. dass Paltauf und Eiselsberg, welche einen für Versuchsthiere evident pathogenen Mikroorganismus aus Rhinoskleromgewebe cultivirt haben, nicht den Rhinosklerombacillus vor sich hatten. 2. Dass die Aetiologie des Rhinoskleroms so lange unaufgeklärt bleiben wird, bis es nicht gelingt, positive Impfresultate zu erhalten, man müsste denn die Versuchsthiere, entsprechend dem klinischen Verlaufe der Neubildung, durch mehrere Jahre in Beobachtung halten oder andere Thiere ausfindig machen, welche für die Versuche empfänglicher sind. Mithin bleibe die Entscheidung, ob die Benennung „Rhinosklerombacillen", welche den von Cornil und Alvarez zuerst beschriebenen Mikroorganismen gegeben wurde, mehr sei als ein blos conventioneller Name, künftigen Untersuchungen vorbehalten. Dornig.

Nach einer zusammenfassenden Uebersicht über die gesammte, das Rhinosklerom behandelnde Literatur seit Hebra und Kaposi bis zum vorletzten Jahre entwirft Wolkowitsch (13) auf Grund aller bis dahin beobachteten Fälle ein Bild der geographischen Ausbreitung dieser Krankheiten. Daraus ergiebt sich, dass dieselbe auf gewisse eng begrenzte Gebiete Europas und Amerikas beschränkt ist. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle kommt auf die östlichen Provinzen Oesterreichs, die südwestlichen Provinzen Russlands und auf Centralamerika; ganz vereinzelte Fälle vertheilen sich auf einige andere Länder Europas. Wolkowitsch stellt dann unter Beigabe von Krankengeschichten und Abbildungen 11 eigene Fälle und 76 aus der Literatur, letztere tabellarisch, zusammen unter möglichster Berücksichtigung der ätiologisch, klinisch und pathologisch wichtigen Momente. Auf Grund dieses umfangreichen Materials und mit Verwerthung der Erfahrungen derjenigen, die Fälle von Rhinosklerom zu untersuchen Gelegenheit hatten, schildert Wolkowitsch in ausführlicher Weise das Krankheitsbild. Da Vieles bereits aus den Untersuchungen anderer Autoren bekannt ist, eine stricte Anpassung des Referates an die Folge der vielen Abschnitte der Originalarbeit die dem Referate gesteckten Grenzen überschreiten würde, so zieht Referent es vor, den Inhalt in seiner Hauptsache und möglichst kurz wiederzugeben. Es handelt sich beim Rhinosklerom um eine Neubildung, die in die Reihe der Granulationsgeschwülste zu setzen ist. Von allen bis jetzt bekannten Neubildungen dieser Art unterscheidet sie sich dadurch, dass sie nur den Respirationstractus in seinen oberen Abschnitten bis zur Trachea und die diesem benachbarten Theile der Mund-Rachenschleimhaut und äusseren Haut befällt und immer hier localisirt bleibt. Den Ausgangspunkt bilden gewöhnlich die tieferen Theile der Nasenhöhle, ganz besonders die unteren Abschnitte. Bald in Form diffuser, bald knotiger Verhärtung und Verdickung der Schleimhaut und des knorpeligen Nasengerüstes beginnend,

schreitet der Krankheitsprocess von dort gewöhnlich zuerst auf die Nasenlöcher und ihre Umrandung, auf die Nasenflügel, das Septum und die Oberlippe, nach hinten auf den weichen Gaumen, die Rachenwand, den Kehlkopf und die Luftröhre fort. Seltener erkranken noch der Alveolarfortsatz des Oberkiefers, der Thränenapparat (Saccus et Canalis), die Tube und Ohr, die Zunge. Nicht immer schreitet die Erkrankung continuirlich fort; bisweilen entstehen von einander getrennte Knoten. In einigen Fällen begann das Leiden im Pharynx, dem Larynx oder der Trachea. In vorgeschrittenen Fällen ist das Bild sehr charakteristisch: Die ganze knorpelige und häutige Nase wird so hart und starr, als wäre sie aus Gyps gegossen oder mit einer Knochenmasse ausgefüllt. Die Nase ist in allen Dimensionen vergrössert, besonders auffällig verbreitert. Die Nasenlöcher sind unten und seitlich, seltener nach der Spitze hin, von fast knorpelharten Geschwulstmassen eingefasst, welche sich gegen die Nasenhöhlen fortsetzen und diese entweder einengen oder total verlegen, nach der Oberlippe und dem Oberkiefer, bisweilen gegen die Mundwinkel und Unterlippen übergreifen, und auch hier durch Narbenbildung Stenosirung hervorrufen können. Im Rachen verbreitet sich der Process von der hinteren Fläche des weichen Gaumens in Form von knorpelharten Infiltraten oder in Knötchenform auf die Gaumenbögen und Pharynxwände. Zugleich damit tritt Narbenbildung durch Schrumpfung der erkrankten Theile ein, deren Folge eine Verkürzung und Verziehung des weichen Gaumens und eine Stenosirung der Verbindung zwischen Pharynx und Nasenrachenraum bis zu völligem Verschluss ist. Im Kehlkopf werden die Stimmbänder oder der dicht unter ihnen gelegene Abschnitt afficirt; selten der obere Abschnitt der Luftröhre. Das gewöhnliche Bild der Kehlkopferkrankung verläuft unter dem Bilde einer Chorditis subglottica. Charakteristisch für das Rhinosklerom sind theils diffuse, theils knochenartige Infiltrate der Haut und Schleimhaut, von fast Knorpelhärte, welche allmälig in schrumpfendes Bindegewebe übergehen; so zwar, dass Geschwulst- und Narbenbildung nebeneinander hergehen. Eine regressive Metamorphose in Form von Nekrose oder Zerfall fehlt. Zu Geschwürsbildungen kommt es wohl nur auf mechanischem Wege. Die Schnelligkeit der Narbenbildung ist nur bedingt durch die jeweilige Structur der Gewebe; in den zarter gebauten Schleimhäuten tritt sie früher und ausgiebiger ein, als in den Hautknoten. Auffallend ist die symmetrische Ausbreitung des Processes nach beiden Seiten der Mittellinie und meist in nahezu gleicher Ausdehnung. Hinsichtlich der Krankheitssymptome ist ausser den durch die locale Geschwulst- und Narbenbildung bedingten Störungen, besonders der Athmung und des Schluckens bemerkenswerth eine Anästhesie der erkrankten Theile bis zum Ausfall der Reflexe. Das Allgemeinbefinden des Kranken ist meist ein gutes. Metastasen kommen nicht vor. Der Verlauf ist ein äusserst chronischer. Spontane Heilung ist nie beobachtet, Todesfälle sind in Folge von Kehlkopfstenose und Suffocation beobachtet. Einmal auf dem Boden eines Rhinoskleroms beobachtetes Carcinom ist wohl als zufällige Complication zu bezeichnen. Diagnostisch dürfte die Krankheit in ihrer vollen Blüthe keine Schwierigkeiten machen. Wo die äussere Nase noch nicht erkrankt ist, die Neubildung nur auf die Nasenhöhlen beschränkt ist, sind Verwechslungen mit fibrösen oder sarcomatösen Polypen, mit Hypertrophie der Nasenschleimhaut im unteren Abschnitt der Nase möglich. Schwierig kann die Unterscheidung von syphilitischen Affectionen sein. Die Erfolglosigkeit der antisyphilitischen Behandlung und das Fehlen aller für Syphilis sprechenden anamnestischen und objectiven Daten sichern die Diagnose. Lupus, Tuberculose und Krebs dürften zu Verwechslungen kaum Veranlassung geben. Das Rhinophyma ist eine ausschliessliche und

wohl charakterisirte Affection der Nasenhaut, ohne jede Betheiligung der Schleimhaut. Grosse Schwierigkeiten dürfte die Unterscheidung der Larynxaffection, bei Rhinosklerom, besonders wenn sie als primäre Erkrankung auftritt, von der seltenen im Gefolge chronischer Katarrhe, Perichondritis und sogenannter Störk'scher Blennorrhöe beobachteten Chorditis vocalis inferior hypertrophica machen. Mehrere als Chorditis vocalis inferior hypertrophica, Pachydermia laryngis et tracheae, chronische Blennorrhöe zugleich mit Betheiligung der Nasenschleimhaut in der Literatur verzeichneter Fälle ist Wolkowitsch geneigt, dem Rhinosklerom zuzurechnen. Die Behandlung des Leidens war in Bezug auf radicale Heilung bisher erfolglos. Neben medicamentöser Verabreichung von Arsenik und Jodkalium sind versucht worden parenchymatöse Injectionen von Arsenik, Jodtinctur, Salicylsäure und salicylsaures Natron, Carbolsäure, Sublimat. Ferner sind verschiedene Salben mit denselben Mitteln angewandt. Am meisten Erfolg verspricht wohl die chirurgische Behandlung, welche bei einer Ausdehnung des Processes über den ganzen oberen Abschnitt des Respirationstractes leider mit grossen Schwierigkeiten verknüpft ist. Gegen die Verengerung der Nase empfiehlt sich dauerndes Tragen von Blei- oder Kautschukröhren, gegen Kehlkopfstenose Tracheotomie und Bougieren oder Laryngofissur mit Exstirpation. Alle Behandlungsmethoden hatten das Missliche, dass immer nur kleinere Bezirke ihnen unterworfen werden konnten und Recidive selbst nach momentanen Besserungen eintraten. — An 10 von ihm selbst beobachteten Fällen konnte Wolkowitsch histologische und bacteriologische Untersuchungen anstellen, deren Resultate durch zahlreiche, zum Theile treffliche Abbildungen erläutert werden. Der histologische Befund stimmt im Ganzen mit dem der übrigen Autoren überein, Die Hauptmasse der Geschwulst bilden kleine rundkernige Zellen in einem bindegewebigen Reticulum suspendirt und faseriges Bindegewebe welche, je nach dem Alter der Neubildung, quantitativ verschieden sich vorfinden. Als constante und charakteristische Befunde beschreibt Verfasser eine eigenthümliche Veränderung der Kerne der Geschwulstzellen bestehend in Atrophie und Vermehrung der chromogenen Substanz, ferner die bekannten Mikulicz'schen Zellen, eigenthümliche, grosse, vacuolenhaltige Zellen, die mit den für Rhinosklerom charakteristischen Bacterien gefüllt sind. Dieselben liegen vereinzelt oder gruppenweise innerhalb des bindegewebigen Reticulums und nehmen progressiv an Zahl zu mit dem Fortschritt der Erkrankung. Wahrscheinlich handelt es sich um eine, durch die Bacterien bedingte regressive Metamorphose (hydropische Degeneration) der Geschwulstzellen. Einen ferneren constanten Befund bildet das Vorkommen verschiedenartig gestalteter Hyalinkörper, frei und innerhalb von Zellen, die der Autor aus degenerirten Zellen ableitet und eine ziemlich grosse Zahl von Mastzellen. Das im Bereiche der Neubildung befindliche Epithel und Knorpelgewebe proliferirt einerseits, wird aber andererseits durch die Wucherungen zerstört. Drüsen und Haare gehen allmälig im Bereiche der Infiltrate zu Grunde. Bacterien fand Wolkowitsch in allen von ihm untersuchten Fällen, mikroskopisch vorwiegend in den Mikulicz'schen Zellen. Die Form derselben stellt sich je nach der Behandlungsmethode verschieden dar; ovale Doppelcoccen, kurze Stäbchen oder feine runde Körner, mit oder ohne Kapsel. Nur in einem Falle beobachtete Wolkowitsch neben diesen noch Diplococcen und Streptococcen, die offenbar eine Mischinfection andeuteten. In 8 Fällen gelang Wolkowitsch die Reincultur des Rhinosklerombacillus, bisweilen ohne jede Verunreinigung aus dem Gewebssafte, in 7 Fällen aus dem Secret der Nase, des Rachens und Kehlkopfes. Der Bacillus wächst in Gelatinestichcultur als typische Nagelcultur ganz ähnlich dem Bacillus pneumoniae (Fried-

länder); ferner sehr üppig auf Agar-Agar, Blutserum, Kartoffeln. Auch in den Culturen bildet er Doppelcoccen und Stäbchenformen und ist incapsulirt. Bezüglich der Technik seiner Darstellung und der Differenzen zwischen ihm und dem Friedländer'schen Bacillus muss auf die Originalarbeit verwiesen werden. Auf Thiere übertragen, erwies sich der Rhinosklerombacillus meist nicht pathogen; nur einige Male wirkte er bei Meerschweinchen und Ratten als Entzündungserreger. Aehnliche, meist negative Resultate erhielten die früheren Untersucher. In der Aetiologie der Krankheit spielen nach Wolkowitsch traumatische Reize und Katarrhe vielleicht eine prädisponirende Rolle. Die eigentliche Krankheitsursache ist wohl der Rhinosklerombacillus. Wenn auch alle Impfversuche des Autors, selbst solche, bei denen die angenommenen prädisponirenden Momente mit in den Versuch eingefügt wurden, negativ ausfielen, und trotz des Befundes sehr ähnlicher Mikroorganismen bei Ozaena, chronischer Blennorrhöe und einfachem Schnupfen ist das Urtheil Babes' und Dittrich's, welches zu Ungunsten der Specifität des Rhinosklerombacillus lautet, als verfrüht zu bezeichnen. Ebensowenig ist die Identität des Rhinosklerombacillus mit dem Friedländer'schen bis jetzt bewiesen. Die Constanz desselben Mikroben in den 18 bis jetzt bacteriologisch und vermittelst Reincultur untersuchten Fällen (denen Referent einen 19. Fall, in der Königsberger chirurgischen Klinik des Herrn Professor Mikulicz beobachtet, hinzufügen kann), spricht für eine gewisse Bedeutung dieses Pilzes beim Rhinosklerom. Die von Professor Bornhaupt vorgeschlagene Benennung des Leidens als „Scleroma respiratorium" hält der Autor für zutreffender, als die alte Bezeichnung „Rhinosklerom" (Hebra) oder „Scleroma nasi et pharyngis" (Köbner). Ortmann.

Stadthagen und Brieger (14). Auf Grund des Befundes von Diaminen im Harn zweier an Cystinurie leidender Kranken, schliessen sich die Verfasser der Bauman-Udranzky'schen Ansicht an, dass Cystinurie eine Infectionskrankheit sei, und zwar eine Darmmykose: auch im Harn eines Patienten mit Morbus maculosus Werlhofii zeigten sich reichliche Benzoylverbindungen, während der Harn zweier Gichtkranker nur Spuren davon aufwies. Stern.

Eichhorst (15) führt aus, dass von den acuten, infectiösen Exanthemen und beim Erysipel der Krankheitserreger in dem Streptococcus erysipelatis Fehleisen's gefunden sei, obgleich es fraglich ist, ob derselbe nicht mit dem Streptococcus pyogenes identisch ist und ob, wie Klebs und Reiner behaupten, nicht noch andere Spaltpilze Erysipel hervorrufen können. Bei den übrigen dieser Gruppe angehörenden Krankheiten habe die bacteriologische Forschung zwar bisher geringe Ausbeute geliefert, aber nur aus ihr sei ein Fortschritt für die Zukunft zu erwarten. O. Rosenthal.

Der von Queirolo (16) bei einem $2\frac{1}{2}$ Jahre alten Knaben beobachtete Fall von rechtseitiger Hemiplegie im Gefolge der Masern, verdient hauptsächlich deshalb erwähnt zu werden, weil postmorbillöse Lähmungen zu den Seltenheiten gehören, und weil sie, wenn sie überhaupt vorkommen, in der Regel unter dem Bilde einer Paraplegie und nicht unter jenem einer Hemiplegie auftreten. Dornig.

Scalese (17) beobachtet drei Masernfälle, in welchen, nachdem die Temperaturcurve weder vor noch während der Eruption irgend welche Abweichung vom gewöhnlichen Verlaufe gezeigt hatte und nachdem am dritten oder vierten Tage von der Eruption an gerechnet vollständige Apyrexie eingetreten war, gegen Ende des Floritionsstadiums und bei be-

ginnender Desquamation eine plötzliche und hohe Temperatursteigerung zu verzeichnen war. Dieses Fieber hielt zwei bis drei Tage an und war dessen Abfall von reichlichen Schweissen begleitet. Das Fehlen objectiver und functioneller Störungen, sowie die Flüchtigkeit des Fiebers liessen eine Erkrankung innerer Organe zweifellos ausschliessen. Ohne sich bezüglich der Genese dieser plötzlichen Temperatursteigerung in gewagten Hypothesen ergehen zu wollen, glaubt Scalese dasselbe in directen Zusammenhang mit der Maserninfection bringen zu müssen. Dornig.

Gruwe (18) beobachtete in circa 20 Fällen in Barmbeck, einem Vororte Hamburgs, ein confluirendes, masernähnliches Exanthem, das auf beiden Wangen und Oberarmen begann und sich von da aus über den Körper verbreitete. Ein leichter Schnupfen und Schwellung der Unterkieferdrüsen begleiteten gewöhnlich die Eruption; eine Störung des Allgemeinbefindens fehlte, ebenso Bronchialkatarrh oder Cunjunctivitis. — Von Rubeola unterschied sich der Ausschlag dadurch, dass er confluirte, und dass er 10—14 Tage bestand. — In der Discussion bemerkte Unna, dem die Affection als infectiöse, endemische Erkrankung bekannt war, dass er dieselbe für ein, der gewöhnlichen Rubeola nahe stehendes Exanthem halte. Sempel, Henop, Aly haben ähnliche Fälle beobachtet. O. Rosenthal.

Gestützt auf ein Material von 3460 meist der Hospitalpraxis entstammenden Fällen versucht Reimer (19) eine Eintheilung derselben unter Zugrundelegung des Fieberverlaufes, indem er die Schwierigkeiten betont, welche sich der Gruppirung der Fälle nach einem Symptom insbesondere bei einer so häufig atypisch verlaufenden Krankheit wie der Scharlach entgegenstellen; immerhin aber sei das Fieber noch am ehesten geeignet, als Eintheilungsprincip zu dienen. St. unterscheidet bei seinem Material 1. Einfacher oder uncomplicirter Scharlach. a) Leichte Form (1·1% der Fälle). Temperatur in den beiden ersten Tagen kaum 39° C., alsdann subfebriler Verlauf in höchstens 6 Tagen ohne wesentliche Beschwerden. b) Schwere Form (5·7%). Jähes Ansteigen der Temperatur schon am ersten Tage bis 41° C. Neigung derselben hoch zu bleiben, respective weiter zu steigen. Ausgang dieses hyperpyretischen Scharlachs fast ausnahmslos tödtlich. 2. Complicirter Scharlach: a) Kurzer, mittelleichter (9·1%). Anfangs hohe Temperatur, jedoch mit Neigung zum Abfall. Leichtere Complicationen. Ablauf in 9—10 Tagen. b) Kurzer, mittelschwerer (13·5%). Lytischer Abfall bis zum 8.—10. Tage mit anschliessendem Fieber, eventuell kurze Zeit bis 39°. Ablauf in 15—17 Tagen. c) Mittellanger leichter (9·7%). Temperatur geht nach Erreichung der Akme schnell herunter. Fieber bleibt mässig. Complicationen verhältnissmässig gutartig. Heilung in 21 Tagen. d) Mittellanger, schwerer (18·7%). Tendenz zu höheren Temperaturen, dabei auch ohne besonders hohe Temperaturen, eventuell letal werdende Complicationen (Peri-Endocarditis; Enteritis, Nephritis etc.). Dauer 4 Wochen. e) Protrahirte, leichte (12·1%). Febris continua von mässiger Höhe. Schwerere aber kurz dauernde Complicationen. Heilung in 34—40 Tagen. f) Protrahirte schwere (10·7%). Hohe Febris continua. Typus inversus. Schwere Complicationen besonders septischer Art. 3. Scharlach im Gefolge anderer Krankheiten (11·3%). Vorwiegend handelte es sich um Masern (206 Fälle, davon in 77 Auftreten nach 1—2 Tagen, Mischinfection, Masernfieber durch Scharlach übrigens weniger als a priori zu erwarten, gesteigert), in 203 nach 7—20—36 Tagen (Scharlachfieber eventuell erhöht). 4. Scharlach gefolgt von anderen Krankheiten (5·7%). Es waren besonders Masern (117 von 198 Fällen), welche hoch fieberhaft verlaufend (41 und 42° C.) oft letal werden. Das Prodromalstadium fand Reimer selten länger als 2 Tage. Das Fieber hatte keinen bestimmten Typus, richtete sich in seiner

Höhe nach der Schwere der Erscheinungen, ging ohne Unterbrechung in das des Fastigiums über. In mehr als der Hälfte der Fälle wurde Schüttelfrost beobachtet, häufiger erst kurz vor Beginn der Eruption. Er war ein Zeichen schwerer Infection; ebenso das Erbrechen. Bei der Eruption Febris continua, mit dem Exanthem gleichen Schritt haltend, dasselbe nicht selten einen oder mehrere Tage überdauernd. Unabhängigkeit von den Tageszeiten, Abfall der Temperatur je nach der Schwere des Falles in 3 Tagen oder später, staffelförmig. Im Stadium defervescent., welches erst von dem Moment des dauernden Abfalls zu rechnen, Neigung zu Temperatursteigerungen auch in uncomplicirten Fällen, ähnlich wie bei den Masern. Puls in der Regel der Temperatur entsprechend, doch auch von der Constitution, von Complicationen abhängig. (Beschleunigung, Arhythmie bei niedriger Temperatur.) Respiration wesentlich nur bei Lungenerkrankungen oder Depression des Nervensystems verändert. Der Gewichtsverlust (in den 2 ersten Tagen der Blüthe 600—1000 Gr. durchschnittlich betragend) hängt vom Fieber, Ernährungszustande (nicht immer) und vielen Nebenumständen vor Allem der Nahrungsaufnahme, den Ausscheidungen etc. ab und wird vielleicht durch kalte Bäder etwas gemindert. Die Fieberdauer des Scharlachs unterscheidet sich von der der Masern durch den unmerklichen Uebergang des Prodromalstadiums in das pyrogenetische, die grössere Höhe und längere Dauer des Fiebers in demselben, während sie mit der von Diphtheritis viel Aehnlichkeit hat. Bläulich-erythematöser Ausschlag auf Hals und Brust bei Diphtheritis als Zeichen schwerer septischer Infection. Die Prognose ist vom Fieberverlauf abhängig. Je schneller und stetiger der Temperaturabfall, um so günstiger ist sie, je grössere Neigung zu schnellern und langdauernden Temperatursteigerungen um so ungünstiger. Sie ist letal, wenn das Fieber mit Schüttelfrost über 41° C. einsetzt. In der Behandlung spielte die Hydrotherapie eine grosse Rolle. Die gute Wirkung liegt weniger in der Herabdrückung der Temperatur, als in der Beeinflussung des Nerven- und Gefässsystems. Wenig günstig, ja ungünstig wirkten laue Vollbäder und allmälig abgekühlte Vollbäder, gut mit zunehmender Intensität kalte Umschläge, kalte Einwickelungen erscheinen mit Abklatschung oder Uebergiessungen in der trockenen Wanne auch mit Uebergiessungen im allmälig abgekühltem Bade, am besten mit Vorsicht individualisirend angewandte kalte Bäder mit energischem Frottiren. Letztere wurden mit 18—16°, selten weniger, durch 5—8 Minuten gegeben, doch genügte oft schon eine Dauer von 2—3 Minuten bei nachfolgender Uebergiessung und starkem Frottiren. Von den innerlichen Mitteln war Chinin auf der Höhe des Fiebers wirkungslos, ebenso Natrum salicylicum, welches dazu wie das ganz unwirksame Kairin und unzuverlässige Thallin den Collaps begünstigte. Antipyrin in der Regel gut (kein Erbrechen) vertragen, setzte mit Sicherheit die Temperatur herab, doch war einige Vorsicht, insbesondere bei schwächlichen anämischen Kindern wegen des Collapses nöthig. Der eigentliche Verlauf des Scharlachs blieb unbeeinflusst. Antifebrin erniedrigte die Temperatur noch energischer, hatte aber mehr Nebenwirkungen und beeinträchtigte bei längerem Gebrauche die Blutbildung. Falkenheim.

Unter Mittheilung mehrerer Fälle empfiehlt Kroell (20) neben den gegen Erysipel bisher üblichen, antiseptischen Methoden eine von ihm mit Erfolg geübte mechanische Behandlung. Dieselbe besteht an den Extremitäten in der Anlegung eines Gummischlauches von 6 Mm. Dicke, der in mehreren Spiralen in einer Ausdehnung von mindestens 5 Ctm. Breite fest angelegt wird, so dass aber die Circulation der tiefer liegenden Theile nicht gestört wird. Im Gesicht benützt Kroell einen Gummiring von

36 Ctm. Umfang (d. h. 22—25 Ctm. geringer als der Kopf selbst) 3 Ctm. Breite und 2 Mm. Dicke, wie er in jedem Kautschukwaarengeschäft käuflich ist. Derselbe wird bei etwaiger Neigung des Gesichtserysipels, auf den Kopf weiter zu kriechen, um den unteren Theil der Stirn und der Basis der Hinterhauptschuppe in dem Nacken angelegt. In beiden von Kroell mitgetheilten Krankheitsgeschichten machte die Affection an dem Gummiringe Halt und trat am zweiten Tage nach der Anlegung Entfieberung ein.
O. Rosenthal.

Buch (21) hat in 5 Erysipelfällen die vergleichenden Temperaturuntersuchungen der afficirten und noch gesund aussehenden, umgebenden Hautregionen vorgenommen, und kommt zu dem Schlusse, dass in dem progressiven Krankheitsstadium die Hauttemperatur der erysipelatösen und auch benachbarten, noch nicht erkrankten Hautzonen bedeutend erhöht ist, manchmal werden auch die umgebenden Hautregionen wärmer, als die afficirte Hautgegend. Bei der Besprechung der Therapie empfiehlt Buch die Methode Wölfler's, als eine sehr wirksame, doch räth er den breiteren Ring um die befallenen Hautregionen herum zu appliciren. Szadek.

In der Discussion über den Vortrag von Lauenstein (22) über die Behandlung des Erysipels nach Kraske-Riedel fasst Kollath die auf der Schede'schen Abtheilung gewonnenen Erfahrungen dahin zusammen, dass die Kraske'sche Operation bei uncomplicirten Erysipelen an den Extremitäten eine ganz überraschende Wirkung zeige, während bei phlegmonösen Erysipelen und auf dem Rumpf die Methode oft im Stich lasse. Unna empfiehlt als Abortivbehandlung folgende Paste: Ung. zinc. 19·0, Terrae Silicic. 1·0, Resorcin. 20·0. Für den Kopf benützt er einen 10procentigen spirituösen Resorcinspray mit nachfolgender Einölung.
O. Rosenthal.

Samter (23) empfiehlt auf Grund der auf der Baum'schen Abtheilung im städtischen Krankenhause zu Danzig in 40—50 Fällen von Erysipel, von denen er auf 15 Fälle näher eingeht, gemachten Erfahrungen die Hueter'schen Carbolinjectionen; dieselben versagen nach Samter niemals. Es wurde folgende Lösung: Acid. carbol. pur. Alcoh. absol. āā 3·0 Aq. dest. 94·0 verwendet, von der $\frac{1}{2}$—1 Spritze voll injicirt wurde. In einer Entfernung von 2—6 Ctm. wurde die Einspritzung wiederholt, so dass z. B. für ein Erysipel der unteren Extremität 10—15 Gr. obiger Lösung, das heisst 0·30—0·45 Gr. reiner Carbolsäure zur Verwendung kamen. War der erwartete Fieberabfall dennoch eingetreten, so mussten die Einspritzungen wiederholt werden, was bei Erysipeln am Rumpfe die Regel war, die 3—4 Serien von Injectionen erforderten. — Bei Erkrankungen des Gesichts und des Kopfes dürfte von der Methode Abstand zu nehmen sein, da an diesen Theilen die Einspritzungen sehr schmerzhaft waren. Um Carbolintoxicationen zu vermeiden, wurde Natr. sulfuric. (stündlich ein Esslöffel einer 5procentigen Lösung) prophylaktisch verabreicht. O. Rosenthal.

Michelson (24) stellte ein Mädchen von 20 und einen Mann von 18 Jahren mit lupöser Nasenerkrankung vor, bei denen sich, ohne dass die Betreffenden zu irgend einer Zeit Beschwerden gehabt hätten, auch eine gleichartige Erkrankung des Larynx fand. O. Rosenthal.

Nach dem Vorgange von Landerer, der bei verschiedenen tuberculösen Affectionen gute Erfolge mit Perubalsam erzielte, lässt Saalfeld (25) lupöse Hautpartien zweimal täglich mit dem Medicament einpinseln und rühmt in Fällen mit Ulcerationen eine Verminderung der Secretion sowie Narbenbildung von der Peripherie aus — bei Lupus hypertrophicus, Ab-

blassen und Einsinken erhabener Stellen. Er hebt hervor, dass das Mittel sich besonders eignet, lupös erkrankte Partien für eine chirurgische Behandlung vorzubereiten. Gerber.

Senger (26) empfiehlt wegen der häufigen Recidive, die bei der Behandlung des Lupus mit scharfem Löffel und Paquelin auftreten, die erkrankte Haut bis in das Unterhautbindegewebe und 1 Ctm. im Gesunden radical zu entfernen und die Wundränder sofort zu vereinigen. In denjenigen Fällen, bei denen letzteres nicht möglich ist, schliesst Senger der Exstirpation sofort entweder eine plastische Operation oder die Thiersch'sche Transplantation an, ohne erst eine Granulirung der Wundfläche abzuwarten. Hiebei ist es von Belang, lange, gleichmässig dicke Hautstücke, was nur mittelst eines haarscharfen Rasirmessers gelingt, zu schneiden. Dieselben werden dachziegelförmig über einander gelegt und müssen in gleicher Weise die Wundränder bedecken. So gelang es Senger, einen Patienten, bei dem nach genauester Entfernung der erkrankten Theile am Kinn und Halse ein handflächengrosser Defect entstanden war, nach Anwendung obiger Methoden, innerhalb 14 Tagen zu heilen. Es hatte sich so eine neue, vollständige und verschiebbare Haut gebildet. O. Rosenthal.

Rydygier (27) hat 2 Fälle von Rhinosklerom vorgestellt, welche die bekannten typischen Veränderungen der Nase, des Rachens und weichen und harten Gaumens aufweisen. In dem einen Falle von 20 Jahre langer Dauer, überwiegen die narbigen Veränderungen, im zweiten die Neubildung. Verfasser betont besonders die Ausdehnung des Krankheitsprocesses auf den harten Gaumen. Bezüglich der histologischen Veränderungen theilt Verfasser die Ansicht Mikulicz', welcher zuerst das Rhinosklerom für einen chronischen Entzündungsprocess erklärte. Aus bacteriologischen Untersuchungen mit dem Rhinosklerombacillus schliesst Verfasser, dass derselbe auch, trotz misslungener Impfversuche, unzweifelhaft als der ursächliche Erreger der Krankheit anzusehen ist und dass derselbe sich von dem Friedländer'schen Pneumoniebacillus wohl unterscheiden lässt. Therapeutisch räth Verfasser zu möglichst frühzeitigem und energischem chirurgischen Eingreifen. Ortmann.

Profeta (32), welcher bisher nicht zugab, dass der Bacillus leprae der Krankheitserreger der Lepra sei, da er besagten Bacillus nicht im Blute aller darauf untersuchten Kranken finden konnte und da seine zahlreichen Uebertragungsversuche ausnahmslos negative Resultate ergaben, hat seinen Standpunkt der starren Negation nunmehr verlassen, indem er, wie er sagt, das was heute nahezu als ein Dogma gilt (die Lehre von der parasitären Natur der Lepra) nicht mehr in Zweifel zu ziehen wagt. Er behauptet nur, dass der Leprabacillus unmöglich von einem Leprakranken auf einen Gesunden gelangen könne, da, wenigstens in Sicilien, kein einziges Beispiel einer leprösen Ansteckung, weder einer physiologischen noch einer experimentellen, existire: der Verbreitungsmodus des Leprabacillus in den vielen Fällen, in welchen die Heredität ausgeschlossen ist, müsse erst gefunden werden. Den bacillären Ursprung der Lepra zugegeben, müsse, wenn der Bacillus nicht von einem Menschen auf den anderen übertragen wird, die Aufmerksamkeit der Beobachter auf den Boden gerichtet werden, welcher eine Unzahl von Infectionskeimen in sich schliesst und dieselben dem Menschen mit dem Wasser und mit der Nahrung mittheilt. Die Annahme, dass der Boden bei der Verbreitung der Lepra eine Rolle spiele, finde darin eine Stütze, dass in der Auvergne die Trockenlegung zahlreicher Seen die Lepra zum Erlöschen brachte; dasselbe

sei auf den Faröer-Inseln in Folge der verbesserten Cultivirung des Bodens beobachtet worden. Die Lepra herrsche an bestimmten Orten, seien es ausgedehnte Gebiete, kleine Ortschaften oder einzelne Landgüter, während die umliegenden Gegenden immun bleiben; wenn die daselbst lebenden Familien ihr Domicil wechseln, erlösche unter ihnen auch die Lepra. Dies sei auf der Insel Sicilien in Trapani und in Favignana beobachtet worden.
Dornig.

Brigidi (33) obducirte die Leiche eines auf Campana's Klinik gestorbenen Leprakranken, welcher in den letzten Stadien seiner Erkrankung wiederholt an Gesichtserysipel gelitten hatte. Die wichtigsten Ergebnisse der Autopsie waren folgende: ausgebreitete gangränöse Stellen im Gesicht und an den Extremitäten, sowie zahlreiche über die ganze Körperoberfläche zerstreute Geschwüre, welche an die Stelle der Lepraknoten getreten waren — von letzteren war nur einer am rechten Fussrücken zurückgeblieben; — hochgradige Veränderungen an den Nerven, von denen einzelne, z. B. der Tibialis posticus, keine Spur von Nervenfasern mehr aufwiesen. Das Lumen der Arterien und Venen war durch Wucherungen der Intima und durch Amyloiddegeneration, welche zu einer Verdickung der Gefässwände geführt hatte, verengert. Brigidi ist der Ansicht, dass besagte Veränderungen an den Gefässen die Folge der Colonisation der Leprabacillen waren, da diese in kleinen Herden zerstreut in den Gefässhäuten bis unmittelbar unter der Intima nachgewiesen werden konnten. Die Lymphgefässe waren thrombosirt und von einem zelligen Infiltrat umgeben, die Lymphdrüsen zum grossen Theil vereitert. Im Larynx fanden sich Lepraknoten, in der rechten Tonsille, in der Milz, der Leber und den Nieren lepröse Infiltrate. An allen diesen Stellen konnte Brigidi Leprabacillen nachweisen, welche sich sowohl frei im Gewebe, als auch und zwar häufiger im Innern der Zellen oder gewisser runder, homogener, glänzender Körper von wachsartigem Aussehen vorfanden; besagte Körper sind als Zerfallsproducte von Zellkörpern (Meissner) oder als eine besondere Degenerationsform der Zellen aufzufassen. Als einen seltenen Befund bei einem Leprösen notirt Brigidi die in seinem Falle constatirte Endocarditis verrucosa, die er jedoch nicht mit der Lepra, sondern mit dem Erysipel in Zusammenhang bringt, da er in den globulösen Vegetationen der Mitralklappe keine Bacillen, sondern nur Coccen vorfand. Die Anwesenheit von Leprabacillen in den Knorpelzellen der Epiglottis, sowie in den weissen Blutkörperchen der Lebercapillaren hält Brigidi ebenfalls für ein Vorkommniss. In der Leber befand sich das interlobuläre Bindegewebe im Zustande der Hyperplasie; das sclerosirte Gewebe war mit Infiltrationszellen von verschiedener Grösse durchsetzt und in vielen dieser Zellen, namentlich in den grösseren, waren Bacillen eingeschlossen. Daraus schliesst Brigidi, dass bei der Lepra der Zustand der Lebercirrhose, wie er sich im vorliegenden Falle darbot, durch die specifischen Bacillen bedingt sei, dass mithin die Alteration rein parasitärer Natur sei. Brigidi's Versuche, den Leprabacillus zu cultiviren, misslangen.
Dornig.

Aus dem Berichte Danielssen's (34) über die Krankenbewegung innerhalb 1886—1888 erfahren wir: Im Jahre 1886 gab es 46 Spedalskkranke, darunter 10 neu aufgenommen, 36 vom Vorjahr verblieben, u. zw. 23 Knotenlepra, 22 anästhetische, 1 gemischte Form. 15 wurden entlassen; 5 geheilt, 4 ungeheilt, 6 starben. Letztere hatten tuberculöse Form. Im Jahre 1887 zählte das Spital 39 Leprakranke mit 8 Neugekommenen; 8 wurden abgeschrieben, 1 geheilt, 2 gebessert, 5 starben; unter letzteren war 1 mit anästhetischer Form. 1888 zählte 43 Kranke, u. zw. 31 vom Vorjahre und 12 neu; unter letzteren 2 mit Knotenlepra, 8 mit anästhe-

tischer Form, 2 gemischt. Entlassen wurden 6, 3 geheilt, 2 gebessert, 1 ungeheilt. In der Pflegeabtheilung befanden sich 1886 34, 1887 31, 1888 20; unter letzteren 9 tuberculöse, 10 anästhetische, 4 gemischte Lepra. Ausser den aufgezählten Leprakranken gab es noch eine mässige Zahl anderweitig Kranker, als: Lupus 3, Favus 9, Eczema marginatum 1. Von den in der letzten Zeit benützten Mitteln hat sich salicylsaures Natron wirksam erwiesen, u. zw. gegen beide Formen, sowohl bei innerlichem. als bei äusserlichem Gebrauche. Ueber Ichthyol Creosot, Chaulmoogra-Oel, spricht er sich nicht so günstig aus, trotzdem er beispielsweise das erstere 1½ Jahre bei einzelnen Kranken verabreicht hatte. Danielssen theilt auch weiters seine Heilversuche mittelst Oleum gynocardium, Quecksilberpräparaten und Jodkali mit.

Anderson J. W. Unregelmässige Scarlatina und Masern. Glasgow, Med. Journ. 1889. — **Blanc** H. W. Ein Fall von Mycosis fungoides. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. New-York 1888. — **Blanc** H. W. Lepra in New-Orleans. New-Orl. Med. and Surg. Journ. 1889. — **Bowen** J. T. Zwei Formen der Hauttuberculose. Boston Med. and Surg. Journ. 1888. — **Brooke** J. Wirksamkeit des Scharlachgiftes nach einem Jahre. Med. Rec. New-York 1888. — **Cataretti** V. Morbillen bei Erwachsenen. Ref. med. Rom 1888. — **Egan** C. J. Ueber eine Masernepidemie. South. Afric. Med. Journ., London 1888. — **Elliot** G. F. Lupus disseminatus. Journ. of cut. and gen.-urin. dis., New-York 1889. — **Fournier.** Tuberculose der Haut. Bullet. et mém. Soc. méd. des hôp., Paris 1888. — **Freitas** U. Neurotrophische Störungen bei Lepra. Coimbr. med. 1889. — **Gresswell** A. Der Werth des Sauerstoffes bei Behandlung des Scharlachs. Pract. London 1888. — **Hallopeau** H. Lupus suppurativus tuberculosus. Ann. de derm. Paris 1888. — **Huchard** H. Lungenerscheinungen bei Masern. Rec. mens. des mal. de l'enf. Paris 1888. — **Kionig** C. Latente Lepra. Norsk Magazin for Laegevidensk. Christiania 1888. — **Leloir** H. Ueber atypischen Lupus vulgaris. Compt. rend. Acad. de science, Paris 1888. — **Lenté** M. Erysipel, metastatische Endocarditis. Gaz. méd. de Pic. Amiène 1888. — **Mackenzie** S. Eine seltene Lupusform. Lancet London 1888. — **Montefuscs** A. Ueber Masern. Arch. di pathol. inf., Napoli 1888. — **Morrow** A. Tuberculis papillomat. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. New-York 1888. — **Murray** R. D. Sporadischer Scharlach. Lancet London 1888. — **Négrié.** Acut aufsteigende Lähmung nach Masern. Mém. et Bull. Soc. de méd. etc. Bordeaux 1888. — **Negrié.** Scharlachbubo. Gaz. hebdom. des science méd. Bordeaux 1888. — **Pacifico** Pereira A. Contagiosität der Lepra. Gaz. med. de Boh. 1887—1888. — **Purdy.** Behandlung des Scharlachs mit Quecksilberoxyd. Brit. Med. Journ., London 1889. — **Sweeting** R. D. R. Ueber Scharlachalbuminurie. Pract. London 1888. — **Taylor** L. A. Behandlung des Lupus. Brit. Med. Journ., London 1888. — **Tylor** L. Ueber Masern. Am. Journ. obst., New-York 1888. — **Treon** F. Bösartige Masern bei Sioux-Indianern. Cinc. Lancet-Clin. 1888. — **Treut** J. N. Identität des Scharlachs und der Diphtherie. Med. and Surg. Rep., Philadelphia 1888. — **Wetherill** H. G. Diagnose des Scharlachs. Med. and Surg. Rep., Philadelphia 1888.

Erythematöse, eczematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

1. **Merckel** G. Ein Fall von Sulfonalexanthem. — Münchener med. Wochenschr. 1889, Nr. 26.
2. **Gamberini.** L'eczema seborroico dell' Unna. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 2.

3. **Luciani.** Contributo alla cura del psoriasi inveterato con forti dosi di joduro di potassio. — Lo Sperimentale, 1889 4.
4. **Nikutowski.** Zwei Fälle von Lichen planus Wilsoni. — Med. Rundschau 1889 23, pag. 987—995 (russisch).
5. **Marianelli.** Contributo allo studio dell pemfigo vegetante. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle, 1889 2.
6. **Rosenthal** O. Beitrag zur Aetiologie und zur Behandlung der Sycosis vulgaris. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 23.
7. **Welti** E. Ueber die Todesursachen nach Hautverbrennungen. Ziegler und Hauwerk. — Beitr. zur path. Anat., IV. Bd., 5. Heft, 1889.
8. **Silbermann** O. Ueber klinische und anatomische Befunde nach ausgedehnten Hautverbrennungen. — Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1889, Nr. 28. (Vorläufige Mittheilung!)
9. **Alonzo.** Sulle alterazioni delle fibre nervose in seguito al congelamento dei tessuti soprastanti. — Arch. per le scienze med., vol. XIII, Nr. 9.
10. **Küstner.** Ueber hydropische Anschwellungen unklaren Ursprunges. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 16.
11. **Widowitz.** Zwei weitere Fälle eines neuropathischen Oedems bei Kindern. — Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XXIX, S. 388.
12. **Pescione.** Raro esito della elefantiasi vulvare. — Boll. delle Clin. 1889. Ref.: Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1889, 2.
13. **Zucchero.** Sull' ulcera perforante del calcagno. — Prog. med. 1889, Nr. 8.
14. **Klammau.** Sublimatexanthem nach zwei Einspritzungen in den Zahn. — Allg. med. Centr.-Ztg. 1889, pag. 69.
15. **Giovannini.** Eruzione di nodi sottocutanei da joduro di sodio — Lo Sperimentale, Settembre del 1889.
16. **Giovannini.** Tre casi di dermatite nodulo-ipertrofica degli arti inferiori in seguito all' uso del bromuro di potassio e sodio. — Lo Sperimentale, Settembre 1889.
17. **Kühn.** Diphtheritis mit Erythema exsudativum multiforme. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 43.
18. **Melle e Stanziale.** Studio sulla etiologia delle eritema polimorfo essudativo dal punto di vista parassitario. — Giorn. internaz. d. sc. med., Anno XI.
19. **Schoetz.** Erythema exsudativum in den Halsorganen. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 27.
20. **Bäumler.** Ueber die klinische Bedeutung des Erythema nodosum und verwandter Hautausschläge. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 46.
21. **Rosenthal** C. Zur Behandlung des Erysipelas migrans. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 42.
22. **Mibelli.** Caso di affezione cutanea presentatasi coi caratteri della così detta dermatite erpetiforme di Duhring. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, Nr. 3.
23. **Strelitz.** Bacteriologische Mittheilungen über den Pemphigus neonatorum. — Arch. f. Kinderheilk., Bd. XI, pag. 7.
24. **Dolega.** Ein Fall von Pemphigus acutui mit acuter hämorrhagischer Nephritis beim Erwachsenen. — Deutsches Arch. f. klin. Med. 1889, Bd. XXXXV, pag. 161.
25. **Rokitansky** Prokop Freih. v. Poliomyelitis nach Vergiftung mit Kohlendunst. — Wiener med. Presse 1889, Nr. 52.
26. **Tizzoni e Giovannini.** Ricerche batteriologiche e sperimentali sulla genesi dell' infezione emorragica. Bologna. — Atti della r. acad. di scienze 1889.

27. **Dusch.** Ueber Purpura. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 45.
28. **Blaschko.** Die Berufsdermatosen der Arbeiter. 1. Das Galvaniseur-Eczem. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 45.
29. **Cerasi.** L' acido picrico negli eczemi impetiginoidi. — Gazz. med. di Roma. Aprile 1889.
30. **Sarra.** Dermatite acuta causata dalle spore di una ustilaginea. — Gazz. degli ospitali 1889, Nr. 88.
31. **Klamann.** Günstige Wirkung des Creolins in einem Falle von Eczem des Gesichtes und der Hände bei einem Färberarbeiter. — Allg. med. Centr.-Ztg. 1889, Nr. 69.
32. **Weyl** Th. Ueber Vergiftung durch gefärbte Textilfasern. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 23.
33. **Wackez.** Creolineczem. — Therap. Monatsh. 1889, Nr. 6.
34. **Bischofswerder.** Nebenwirkung des Creolins. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 33.
35. **Baaz.** Ein der Schuppenflechte gleichender Hautausschlag mit infectiösem Charakter. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 26.
36. **Gutmann.** P. Ueber Hydracetin. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 20.
37. **Oestreicher.** Zur therapeutischen Verwendung des Hydracetin gegen Psoriasis. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 28.
38. **Trautvetter** E. Zur Lehre von Pityriasis rubra. — Verhandl. d. russ. med. Ges. zu Warschau 1889, I, Nr. 2, pag. 1—12 (russisch).
39. **Casati.** Il massaggio e la creolina nelle ustioni esterne. — Il Raccoglitore med. 1889, Nr. 18.
40. **Giovannini.** Le soluzioni eteree di acido salicilico e di jodoformio nella cura dell' acne vulgare. — Lo Sperimentale, Settembre del 1889.
41. **Cholewa.** Menthol bei Furunculose des äusseren Gehörganges. — Therap. Monatsh. 1889, Nr. 6.

Merckel (1) Einem jungen, an Cerebrospinal-Meningitis leidenden Manne wurde durch 2 Tage hindurch 1·00 Gr. Sulfonal und nach 3 Tagen 2·00 Gr. des Mittels in zwei aufeinander folgenden Tagen gereicht. Am nächsten Tage trat um die Achsel- und Leistenbeuge ein scharlachrothes, kleinfleckiges, symmetrisch angeordnetes Exanthem auf, welches noch bis zur Schulterhöhe und Aussenseite des Oberschenkels sich ausbreitete, um langsam abzublassen und nach einigen Tagen ganz zu schwinden. Erst später trat Abschuppung ein. Horovitz.

Gamberini (2) vertritt die Ansicht, dass das Eczem in seinen verschiedenen Formen stets seine essentielle Identität involvirt, hervorgehend aus einem Entzündungsprocesse, welcher je nach der Ursache der Erkrankung und der Individualität, sowie der Constitution des Kranken die einzelnen Varietäten des Eczems bedingt. Der Entzündungsprocess bilde die Grundlage des Eczems, welches sich ohne Intervention der Entzündung mag diese durch welche Ursache immer bedingt sein, nicht entwickeln könne. Demnach sei man nicht berechtigt, das seborrhoische Eczem Unna's von den übrigen Eczemformen zu trennen und als eine Krankheit sui generis hinzustellen. Uebrigens werde die Frage erst dann zu Gunsten der Ansicht Unna's gelöst werden können, wenn der stricte Beweis erbracht sein werde, dass das Fett, wie Unna behauptet, in den Schweissdrüsen gebildet werde — Gamberini konnte sich durch eingehende Untersuchungen davon nicht überzeugen — und dass das seborrhoische Eczem aus einer anatomischen und functionellen Störung der Schweissdrüsen und ihrer Ausführungsgänge hervorgehe. Vorläufig müsse man daran festhalten, dass man, wenn der Krankheitsprocess in den Schweiss-

drüsen seinen Sitz hat, die verschiedenen Formen der Hydrosadenitis vor sich haben werde; wenn er sich hingegen in den Talgdrüsen abspielt, dann entwickeln sich die verschiedenen Akneformen, auf welche ein Eczem folgen, oder zu welchen sich ein solches hinzugesellen könne. Gamberini schliesst seine kritische Studie mit folgenden Conclusionen: 1. Ist die Unna'sche Krankheit ein primäres oder ein secundäres Eczem? Gamberini erinnert dabei, dass auf eine mehr weniger umschriebene Seborrhöe ein Eczem folgen könne, wie man dies tagtäglich bei Seborrhöe der Kopfhaut, namentlich bei kleinen Kindern beobachten könne. 2. Wenn die Lymphbahnen der Haut vollständig mit Fett injicirt sind, dann ist der Zweifel berechtigt, ob in diesen oder in den Schweissdrüsen die Ursache der Krankheit zu suchen sei. 3. Die von Unna gegen das seborrhoische Eczem angewendete Therapie klärt weder die Natur, noch den Ursprung des Leidens auf. 4. Mit Berücksichtigung der verschiedenen Varietäten, die das Eczem, namentlich das chronische bildet, kann dem seborrhoischen Eczem nicht jene Wichtigkeit beigemessen werden, welche ihm Unna geben will.

Dornig.

Luciani (3) versuchte in einem Falle von inveterirter (seit 33 Jahren bestehender) Psoriasis universalis, die von Haslund und in jüngster Zeit auch von Barduzzi empfohlene innerliche Verabreichung von Jodkali in grossen Gaben und erzielte damit bereits nach 20 Tagen eine wesentliche Besserung der Dermatose. Das Jodkali wurde in steigenden Dosen von 3 bis 15 Gr. pro die verabreicht. Erscheinungen von Jodismus wurden nicht beobachtet, ebensowenig gastrische Störungen. — Da neben dem innerlichen Gebrauche des Jodkali auch eine örtliche Behandlung (Creolin- und Ichthyolsalbe) eingeleitet wurde, dürfte im vorliegenden Falle die Involution der Psoriasis nur zum Theil auf Rechnung des Jodkali zu setzen sein.

Dornig.

In den von Nikutowski (4) mitgetheilten zwei Fällen von Lichen ruber planus waren die Eruptionen symmetrisch auf den beiden Körpertheilen angeordnet, und zwar im ersten Falle — bei einer 28jährigen Köchin — am Stamme und an den Extremitäten, im zweiten Falle — bei einer 25jährigen Hauswirthin — nur an den Händen und Vorderarmen. Verfasser glaubt, wenn auch in beiden Fällen keinerlei nervöse Symptome beobachtet wurden, dass die symmetrische Anordnung des Exanthems genügend für die neurotische Natur des Hautleiden spricht.

Szadek.

Der von Marianelli (5) veröffentlichte Fall von Pemphigus vegetans — der erste in Italien bisher beobachtete — betrifft einen 47jährigen, bisher gesunden Mann, welcher dieser schweren Pemphigusform nach relativ kurzer Krankheitsdauer erlag. Das klinische Bild entspricht vollkommen jenem, welches wir aus den Beschreibungen Neumann's und Anderer kennen, weshalb über die Richtigkeit der von Marianelli gestellten Diagnose kein Zweifel obwaltet. Bei der Nekropsie richtete sich die Aufmerksamkeit Marianelli's vorerst auf das Rückenmark, doch war der Befund hier durchwegs negativ. Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab entsprechend den erkrankten Partien theils eine ausserordentliche Verdünnung der Hornschicht, theils deren gänzliches Fehlen. Das Rete Malpighii stellenweise ganz fehlend, stellenweise nur in dessen untersten Schichten, welche gleichsam zu einem körnigen Detritus reducirt waren, erhalten. An anderen Punkten wieder war das Rete verdickt, dessen Zellen nahezu spindelförmig und in longitudinaler Richtung gleichsam zusammengedrückt; die Stacheln der nach ihnen benannten Zellen deutlich sichtbar, zwischen diesen eine beträchtliche Menge von Exsudatzellen. Die

interpapillären Retezapfen verlängert und verbreitert, ebenso die Papillen. Unmittelbar unter der Hornschicht und auch mitten im Rete und zwar in verschiedener Tiefe fand man rundliche Hohlräume, die von Detritusmassen und Eiterzellen erfüllt waren. In der Cutis ausser der Vergrösserung der Papillen und Erweiterung der Blutgefässe nichts Bemerkenswerthes. An den Talg- und Schweissdrüsen, sowie an den Haarbälgen nichts Abnormes. Ein besonderes Gewicht legt Marianelli auf den histologischen Befund der Ganglien des Sympathicus: ausser einer kleinzelligen Infiltration des Bindegewebes fand er nämlich eine Degeneration der Nervenzellen, welche ausnahmslos an Stelle des Protoplasmas gelblichschwarze Körnchen zeigten; in einzelnen Zellen war der Kern nicht mehr sichtbar (ob alle Sympathicus-Ganglien untersucht wurden oder nur einzelne, wird nicht gesagt). Ohne auf Grund dieses Befundes gerade behaupten zu wollen, dass die Alteration des Sympathicus mit dem sich auf der Haut abspielenden krankhaften Processe in directem Zusammenhange stehe und die Art der Eruption, sowie die Vertheilung der Efflorescenzen bedinge, glaubt Marianelli diese Annahme nicht rundweg von der Hand weisen zu sollen, vielmehr wünscht er, dass auch in Fällen von acutem Pemphigus vulgaris der Sympathicus in den Bereich der Untersuchung gezogen werde, umsomehr, da nach seiner Ansicht ein wesentlicher Unterschied zwischen Pemphigus vegetans und vulgärem acutem Pemphigus nicht besteht; denn die Wucherungen am Grunde der Blasen des Pemphigus vegetans können, so scheint es ihm, nicht als ein essentielles Unterscheidungsmerkmal angesehen werden. Werde beim Pemphigus vegetans die mikroskopische Untersuchung in bereits vorgeschrittenem Stadium der Krankheit vorgenommen, wenn nämlich der Grund der Blasen nicht mehr den Charakter der Proliferation zeigt, dann finde man fast keinen Unterschied von der vom Pemphigus vulgaris afficirten Haut. Marianelli stellte mit dem Blute, mit dem Inhalte einer Pemphigusblase und mit einem post mortem aus der Achselhöhle excidirten Hautstücke ausgedehnte bacteriologische Untersuchungen an und es gelang ihm aus beiden letzteren zwei Mikrococcenarten zu züchten, die sich nur in der Grösse von einander unterschieden und die, auf Kaninchen und Meerschweinchen verimpft, zur Bildung von Abscessen führten, welche in kurzer Zeit spontan heilten. Offenbar hatte man es nur mit gewöhnlichen pyogenen Mikroorganismen zu thun, was Marianelli auch zugibt. Die mit dem Blute vorgenommenen Culturversuche ergaben ein negatives Resultat. Da nach der Annahme Marianelli's der Pemphigus überhaupt und der Pemphigus vegetans im Besonderen auf einer nervösen Störung beruht, die möglicher Weise durch ein organisirtes Agens bedingt ist, möchte er in Zukunft die bacteriologischen Untersuchungen auf die peripheren Nervenverzweigungen und auf die Nervencentren, namentlich auf jene des sympathischen Systems ausgedehnt wissen. Dornig.

Nachdem Rosenthal (6) in seinem, in der Berliner dermatologischen Vereinigung gehaltenen Vortrage hervorgehoben, dass für die nicht parasitäre Sykosis häufig Eczem, chronischer Nasenkatarrh, Tabakschnupfen als Ursache sich geltend mache, für andere Fälle eine Ursache aber nicht evident sei, trotz der bekannten, von Hebra, Wertheim und Bockhart aufgestellten Erklärungsversuche, zählt er, die üblichen Behandlungsmethoden auf und als nebst diesen ein von ihm mit Erfolg angewendetes Mittel, eine Salbe aus: 1 Tannin, 2 Schwefel, 20 Vaselin, ausserdem erweichende, auch schwefelhältige Zink-Vaselinsalbe. Gerber.

Welti (7) hat in Verfolgung der von Wertheim, Ponfik, Schmidt und Krebs vertretenen Ansicht, wonach Zerfallsproducte der

rothen Blutkörperchen und durch sie bewirkte Thrombosirung feinster Gefässe der verschiedenen Organe den sogenannten Verbrennungstod verschulden, an Kaninchen experimentelle Verbrühungen ausgeführt, deren Resultate jene Ansicht zu stützen geeignet sind. Schon bei Verbrühung der Ohren mittelst 60·5gradigen Wassers und 2—3 Stunden darauf erfolgtem Tode des Thieres treten als Zerfallsproducte der rothen Blutkörperchen eigenthümliche Kügelchen auf (eosinophile Körper) und Gefässthrombosirung in vielen Organen durch Blutplättchen, welche aus Zerfall der rothen sowohl, wie der weissen Blutkörperchen hervorgegangen sind. Ein Theil dieser Plättchen gelangt in die Circulation, bleibt wegen ihrer Klebrigkeit an der Wandung der Gefässe haften, und führt allmälig stellenweise zu Thrombosirung, besonders der Arterien, während sie an der Venenwand länger als solche persistiren. Hirn, Rückenmark, Niere, Lungen und andere Organe zeigten solche Thrombosirung einzelner Gefässe mit secundärer Hämorrhagie und Nekrose. Nur bei einem Theile der Versuchsthiere fanden sich Magengeschwüre.

In gleichem Sinne führt Silbermann (8) an: 1. Nach ausgedehnten Hautverbrennungen tritt nicht nur eine Formveränderung der rothen Blutkörper, sondern auch eine Veränderung der Resistenz gegen gewisse Einwirkungen auf (Hitze, Tinction etc.). 2. In Folge dieser Veränderungen kommt es zu zahlreichen Thrombosen der feineren Arterien und Capillaren, ausserdem zu Stasen in den verschiedenen Organen, Lungen, Nieren, Magen, Darm, Milz, Leber, Haut, Hirn. Die Gefässverstopfungen, durch Autoinjectionen der Versuchsthiere mit Indigocarmin- oder Kochsalzlösungen in vivo direct nachgewiesen, sind am zahlreichsten in den feineren Aesten der Lungenarterien. 3. Aus der grossartigen Verlegung der Lungencapillaren resultirt einerseits enorme Stauung im Venengebiete, andererseits bedrohliche arterielle Anämie. 4. Aus der letzteren und bedeutenden venösen Stauung, den thrombositischen Gefässverletzungen und Stasen leiten sich die Blutungen und pharenchymatösen Veränderungen in der Lunge, Niere, Leber, Magen etc. her. 5. Aus den genannten Circulationsstörungen erklären sich Dyspnöe, Cyanose, Coma, Kleinheit des Pulses, Eklampsie, Anurie etc., ferner die auffallende Erniedrigung der Hauttemperatur, bedingt durch Contraction der Hautgefässe in Folge arterieller Anämie.

H. Stern.

Alonzo (9) studirte die nach Erfrierung der Haut eintretenden Veränderungen der peripheren Nerven — seine Versuche stellte er an Kaninchen und Meerschweinchen an — und constatirte dabei Folgendes: 1. Die mehr oder weniger intensive, dauernde Herabsetzung der Temperatur kann in den peripheren Nerven auffällige Veränderungen hervorrufen. 2. Diese Veränderungen sind direct proportional der Zeit, durch welche man die Kälte einwirken liess und der Zahl der Wiederholungen des Versuches, verkehrt proportional dagegen dem Temperaturgrade und der Tiefe, in welcher der betreffende Nerv liegt. 3. Besagte Veränderungen sind am auffälligsten an jenem Punkte, wo die Kälte einwirkte, sowie in der ganzen peripheren Partie des Nerven, weniger ausgesprochen oder ganz fehlend dagegen in centripetaler Richtung. 4. Die nach bedeutender Herabsetzung der Temperatur eintretende Nervendegeneration geht in ähnlicher Weise vor sich, wie nach der Durchschneidung oder Dehnung der Nerven: in der Markscheide beobachtet man den Zerfall des Myelins in kleine Tropfen und hierauf die Einwanderung von Leukocyten: im Axencylinder betreffen die Veränderungen vorerst nur die Form desselben, indem er an verschiedenen Stellen Anschwellungen, dann wieder Einschnürungen zeigt. Später zerfällt er in kleine Fragmente und schliesslich

in einzelne Körnchen, welche von den emigrirten farblosen Blutkörperchen aufgenommen werden. In weiterer Folge reduciren sich die Nervenfasern auf den Embryonalzustand. Die Schwann'sche Scheide bleibt intact, sie leistet mithin der Einwirkung der Kälte denselben Widerstand, den sie der Durchschneidung und der Dehnung entgegensetzt. Einzelne Fasern behalten übrigens ihr normales Aussehen, sie degeneriren nicht. Auch die Regeneration der Nerven geht in diesem Falle in ganz ähnlicher Weise vor sich, wie nach Durchschneidung oder Dehnung derselben; die neugebildeten Elemente stammen wahrscheinlich aus dem Protoplasma. Es scheint, dass die Regeneration des Axencylinders jener der Markscheide vorangeht. Dornig.

Küstner (10) beschreibt folgenden Fall acuten, umschriebenen Hautödems. Eine Frau von 68 Jahren bekam seit 5 Jahren Anschwellungen der Haut, die mit Vorliebe die Vorderfläche des Thorax und des Gürtels befielen, aber auch an Armen und Beinen, sehr selten auf dem Gesichte auftraten. An Schleimhäuten wurden derartige Anschwellungen nicht beobachtet. Dagegen bekam Patientin seit 4 Jahren aus der Blase, den Bronchien, ohne dass Tuberculose nachgewiesen werden konnte und nach kleinen zahnärztlichen Operationen aus dem Zahnfleisch profuse, anhaltende Blutungen. Eine vorübergehende Wirkung auf die Oedeme will Küstner von einem Inf. secal. cornut. gesehen haben. — Bis jetzt scheinen Küstner derartige Anschwellungen durch functionelle Störungen hervorgerufen zu werden und von den unter der Bezeichnung „essentielle Wassersucht (Wagner)" bekannten Fällen getrennt werden zu müssen.

O. Rosenthal.

Widowitz (11). Diese beiden Fälle sind von den erstveröffentlichten (l. c. Bd. XXV) dadurch ausgezeichnet, dass bei ihnen die Oedeme mit Sicherheit durch Kälte-Einwirkung veranlasst wurden. Der eine betrifft einen 8jährigen, anämischen aber kräftigen Knaben (Mutter gesund, Vater neuropathisch), bei welchem sich vor 2 Jahren im Winter nach längerem Umhergehen im Freien plötzlich ohne Unwohlsein Oedem der Finger der linken Hand bemerkbar machte. Im späteren Verlaufe wurde allmälig auch die rechte Hand und das Gesicht ergriffen. Die ödematösen Stellen der Wangen (kreisrund, bis 7 Ctm. im Durchmesser) erscheinen blasslivid mit dunklerem Rande, ziemlich scharf begrenzt, die Finger sind ganz geschwollen, können nicht gebeugt werden, das Oedem geht nie über die Metacarpo-Phalangealgelenke auf die Hand hinauf. Die Intensität der Oedeme steht jedesmal im geraden Verhältnisse zur Zeit, innerhalb welcher sich der Knabe im Freien aufhält und im umgekehrten Verhältnisse zur Lufttemperatur. Kurzer Aufenthalt im Warmen lässt die Oedeme verschwinden. Urin normal. Im zweiten Falle trat bei einem 6jährigen, kräftigen, etwas anämischen, jetzt gesunden Knaben, der bis zu seinem 3. Lebensjahre an morgendlichen eklamptischen Anfällen gelitten, nach einer Schlittenfahrt eine bandförmige, circa 4 Ctm. breite Schwellung im Gesicht auf, von einem Jochbogen um das Kinn bis zum anderen herumreichend. Dieselbe kehrt jetzt insbesondere bei gleicher Gelegenheit aber auch sonst bei Aufenthalt im Freien bei niedriger Temperatur immer wieder. Mitunter werden auch die Finger ergriffen. Die Grenze der ödematösen Stellen ist scharf, ihre Farbe aber etwas mehr röthlich als im ersten Fall, auch jucken sie ziemlich stark, so dass Widowitz diesen Fall der Riesenurticaria zurechnen möchte. Im Anschluss berichtet Widowitz noch einen, dem Strübing'schen (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. IX.) ähnlichen, bei einem 22jährigen Mädchen, der jedoch keine Abhängigkeit von der Lufttemperatur zeigte. Falkenheim.

Pescione (12) beobachtete bei einer 28jährigen Prostituirten eine hochgradige Elephantiasis der Vulva, welche sich nach einer 10 Jahre vorher wegen venerischer Geschwüre vorgenommenen Cauterisation allmälig entwickelt hatte. Das rechte grosse Labium war durch eine ovoide Masse substituirt, welche weit über die Mitte des Oberschenkels hinabreichte. Diese Geschwulst mass 29 Ctm. in der Länge und 38 Ctm. im Umfange. Die Haut war an den unteren Partien des Tumors runzlig, rauh, an einzelnen Stellen rissig und mit warzigen Excrescenzen bedeckt. Das kleine rechte Labium, sowie das grosse linke waren ebenfalls vergrössert; an der äusseren Seite des ersteren sass ein Geschwür, welches auf das grosse Labium übergriff. Bevor man noch zur geplanten operativen Entfernung der Geschwulst schritt, wurde diese in ihrem unteren Theile gangränös. Nach einigen Tagen bildete sich eine Demarcation zwischen dem nekrotischen und gesunden Gewebe, worauf von Dr. D'Ambrosio die Abtragung der Geschwulst und der ebenfalls vergrösserten rechten Nymphe ausgeführt wurde. Die Heilung ging unter antiseptischer Behandlung regelmässig vor sich. Die abgetragene Masse wog 1892 Gr. Aus der mikroskopischen Untersuchung der Geschwulst deducirt Pescione, dass die Elephantiasis der Vulva sowohl durch chronische ektatische Lymphangioitis, als auch durch chronische, zu Hypertrophie führende Dermatitis bedingt ist, welche zwei Processe im vorliegenden Falle auf die Irritation durch das Vulvargeschwür und durch die Aetzungen zurückgeführt werden müssen. Die spontane Gangrän erklärt Pescione aus einer arteriellen Ektasie, welche durch Verlangsamung des Blutstromes das Absterben des krankhaften Gewebes veranlasst habe. Dornig.

Zucchero (13) gibt die ausführliche Beschreibung eines von ihm beobachteten Falles von Ulcus s. Malum perforans pedis bei einem 58jährigen Manne. Das Geschwür sass an der Ferse des linken Fusses, ging von einer Hautschwiele aus und griff von hier in die Tiefe, bis es das Periost und die oberflächlichsten Schichten des Fersenbeines erreichte. Obwohl der Kranke an Innervationsstörungen litt, welche sich in der Atrophie sämmtlicher Muskeln des linken Beines, namentlich Tibialis anticus, sowie in der Herabsetzung der Hautsensibilität beider Beine äusserten, lässt Zucchero für seinen Fall die gewiss naheliegende Annahme eines genetischen Zusammenhanges zwischen den nervösen Störungen und dem Ulcus perforans nicht gelten, vielmehr macht er für letzteres die Arteriosklerose, an welcher der Kranke ebenfalls litt, verantwortlich, ohne damit leugnen zu wollen, dass in einzelnen Fällen das Malum perforans auch die Folge von Störungen der Innervation sein könne.

Dornig.

Klammau (14). Zwei Wochen nach einer grossen Zahl (vielleicht 200) Sublimatinjectionen 1 p. m. in einen Zahn tritt ein stark juckendes, papulöses Exanthem am Hals, Stirn und Gesicht auf, das Verfasser mit den Sublimateinspritzungen in Verbindung bringt. Unter Jodkali und Ichthyolseife heilt der Ausschlag in einigen Monaten. H. Stern.

Einem 48jährigen kräftigen Manne, der zwölf Jahre früher an Syphilis gelitten hatte, wurde als er an einer rheumatischen Affection des rechten Sprunggelenkes erkrankte, von Giovannini (15) der innerliche Gebrauch von Jodnatrium verordnet. Nachdem der Mann binnen acht Tage ungefähr 12 Gr. Jodnatrium genommen hatte, bemerkte er ober dem Brustbein einen etwas über erbsengrossen Knoten. In den folgenden Tagen entwickelten sich unter fortgesetztem Gebrauch des Medicaments ähnliche ziemlich rasch wachsende, im subcutanen Bindegewebe sitzende Knoten an verschiedenen Körperstellen: einen Monat nach Beginn der Cur constatirte

Giovannini an seinem Kranken zwölf solcher knotigen Geschwülste von der Grösse einer Haselnuss bis zu der eines Hühnereies. Die dieselben bedeckende Haut erschien theils von normalem Aussehen, theils etwas geröthet. Die Knoten waren von teigiger Consistenz, und zeigten nirgends Fluctuation. Trotzdem die Jodbehandlung nicht unterbrochen wurde, bildeten sich sämmtliche Knoten im Zeitraum von 1 bis 2 Wochen zurück. Dieselbe Erscheinung wiederholte sich einige Jahre später, als der Mann neuerdings einer internen Jodnatriumcur unterzogen wurde, nur dass diesmal die subcutanen Knoten weniger zahlreich und kleiner waren. (Vide Giovannini, pag. 217.) Dornig.

Derselbe Autor (16) beobachtete in drei Fällen eine nicht gewöhnliche Form des Bromexanthems. Der erste Fall betraf einen dreijährigen an Convulsionen leidenden Knaben, bei welchem nach siebentägigem Gebrauche von Bromkali (2 Gr. pro die) eine auf die unteren Extremitäten beschränkte Hauteruption auftrat, welche sich in Form von maiskorn- bis haselnussgrossen, theilweise confluirenden und dadurch grössere Plaques bildenden rothen Knoten präsentirte. Die Oberfläche dieser knotigen Prominenzen war grösstentheils von scheinbar integrer Epidermis bedeckt, nur hie und da lag das Corium bloss. Das Aussetzen des Bromkali und die Einleitung einer localen antiseptischen Behandlung brachte in 37 Tagen die Läsionen zum Schwinden. Im zweiten Falle handelte es sich um einen 26jährigen Epileptiker, welcher seit anderthalb Jahren täglich Dosen von 4 bis 8 Gr. Bromkali brauchte. Auch bei diesem Kranken waren während der Bromkalibehandlung an beiden unteren Extremitäten ähnliche, aus knötchenförmigen Efflorescenzen zusammengesetzte Infiltrate aufgetreten, wie im ersten Falle. Es verdient erwähnt zu werden, dass sich am rechten Bein, welches stärker afficirt war, die Infiltrate auf einer ausgebreiteten, von einer Verbrennung herrührenden Narbe entwickelt hatten. Nach dem Aussetzen des Broms bildeten sich sämmtliche Läsionen in 45 Tagen zurück. Gegenstand der dritten Beobachtung Giovannini's war eine Dienstmagd, welche im Alter von 22 Jahren an hystero-epileptischen Anfällen erkrankt war und seit dieser Zeit durch mehrere Jahre fast ununterbrochen Bromnatrium in grossen Dosen einnahm. Bald nach Beginn der Cur bildeten sich auch in diesem Falle an beiden unteren Extremitäten rothe knotige Efflorescenzen, die im Verlaufe von mehreren Monaten durch das Confluiren der einzelnen Knoten das Aussehen fungöser Massen annahmen und schliesslich zur Bildung tiefgreifender Ulcerationen mit gangränösem Grunde und mit aufgeworfenen, von beerschwammähnlichen Massen eingesäumten Rändern führten. Die Heilung erfolgte erst nach 10jährigem Bestande dieser Affection, nachdem die Kranke durch 9 Monate kein Bromnatrium mehr genommen hatte. — Mit Rücksicht auf den Entwickelungsmodus und das klinische Bild, welches die beschriebene Dermatose bezeichnet sie Giovannini als Dermatitis nodulo-hypertrophica, da ihr, wie er meint, dieser Name eher zukommt, als die von den Autoren für analoge, durch den Gebrauch von Bromsalzen hervorgerufene Hautläsionen gewählten Bezeichnungen. Der erste Fall erscheint Giovannini wegen der raschen Entwickeluug der Hautläsionen nach dem Beginne der Brombehandlnng, der dritte wegen der sehr bedeutenden Ausbreitung der Dermatose und wegen ihrer ausserordentlich langen Dauer bemerkenswerth, während bezüglich des zweiten Falles hervorgehoben zu werden verdient, dass sich das Bromexanthem auf einer tiefen Narbe entwickelte, also an einer Stelle, welche, wie anzunehmen ist, keine Talgdrüsen mehr enthielt, weshalb hier unmöglich die Talgdrüsen der Ausgangspunkt der Dermatitis sein konnten. Dornig.

Kühn (17) beobachtete bei einem 13jährigen Mädchen neben charakteristischen Knoten von Erythema exsudativum im Gesicht und an den Extremitäten einen fleckweisen, dünnen diphtheritischen Belag des Schlundes, der am Tage darauf schon zurückgegangen war. Kühne glaubt an eine Doppelinfection, sowie an den günstigen Einfluss des Erythema exsudativum auf den Verlauf der angeblichen Diphtheritis. O. Rosenthal.

Angeregt durch die Arbeit Haushalter's, welcher in zwei Fällen von Erythema exsudativum multiforme einen Mikroorganismus zu isoliren und zu züchten vermochte, sowie durch die Controlversuche Simon's und Legrain's, welche die von Haushalter erhaltenen Resultate wenigstens zum Theil zu bestätigen schienen, machten Melle und Stanziale (18) einen auf De Amicis' Klinik zu Neapel beobachteten Fall von Erythema multiforme zum Gegenstande sehr eingehender mykologischer Untersuchungen, ohne jedoch die Angaben der oben genannten Forscher bestätigen zu können. Weder im Blute, noch in den Geweben der das polymorphe Erythem charakterisirenden Läsionen konnte die Anwesenheit irgend eines Mikroorganismus nachgewiesen werden; auch die angestellten Culturversuche ergaben durchwegs negative Resultate. Daraus ziehen die Autoren den Schluss, dass die Lehre von der infectiösen, parasitären Natur des polymorphen Erythems noch keineswegs auf genügenden unanfechtbaren Thatsachen basire und dass die bisher gefundenen Mikroben nicht als die eigentlichen pathogenen Elemente dieser Erkrankung angesehen werden können. Dornig.

Schoetz (19) beobachtete bei einem 40jährigen Kaufmann eine Eruption von Erythema exsudativum multiforme der Halsorgane, das sich in fortdauernden Schüben über die Dauer eines halben Jahres auf der Schleimhaut des ganzen Mundes, des Kehlkopfes und des Nasenrachenraumes wiederholte. Es zeigten sich dort zuerst mehr minder grosse, gelblich infiltrirte Knoten, die gewöhnlich schon am nächsten Tage geschwürig zerfielen und bis zu vier Wochen zu ihrer Heilung brauchten. Diese Eruptionen, die auch von solchen auf der äusseren Haut und von rheumatoiden Schmerzen begleitet waren, erfolgten in den ersten Monaten unter beständigen abendlichen Fiebererhöhungen von 38·0 bis 39·6, waren mitunter sehr schmerzhaft und bewirkten, dass Patient in dieser fieberhaften Periode 40 Pfund seines Körpergewichtes verlor. Therapeutisch schien die arsenige Säure von gutem Nutzen gewesen zu sein. O. Rosenthal.

Bäumler (20) theilt drei Fälle von Erythema mit, von denen neben lang dauernden, remittirendem Fieber, bei dem einen multiple Lymphdrüsen und Milzschwellung, bei dem zweiten doppelseitige Pleuritis und Druckempfindlichkeit verschiedener Nervenstämme vorhanden war. Im dritten Falle trat nach kurzem Bestehen eines anscheinend gutartigen Erythems Miliartuberculose des Gehirns auf. Bäumler hält das Erythema nodosum für eine Begleiterscheinung einer Reihe noch nicht bekannter Infectionskrankheiten, unter denen Tuberculose um Syphilis eine Rolle spielen. Ob es sich bei den gutartigen Formen um Abortivfälle der in Frage stehenden Infectionskrankheiten handelt und welche Beziehungen das infectiöse Erythema exsudativum multiforme zu den milderen recidivirenden Formen hat, das sind Punkte, die noch der Entscheidung harren. O. Rosenthal.

Rosenthal (21) empfiehlt die in einem Falle von Erysipelas migrans mit gutem Erfolge angewandten Hüter'schen 20procentigen Carboleinspritzungen, vereint mit der Pirogoff'schen Schwitzcur. Die Methoden wurden umschichtig, einen Tag um den andern in Anwendung gezogen. O. Rosenthal.

Mibelli (22) beobachtete bei einem 45jährigen Manne eine unter dem Bilde der Dermatitis herpetiformis Duhring verlaufende Hautaffection. Der Krankheitsprocess zog sich durch ein Jahr und acht Monate hin, wobei Eruptionen polymorpher Efflorescenzen (erythematöse Plaques, Papeln, Bläschen, pemphigoide Blasen, Pusteln nebst den verschiedensten Mischformen) mit mehrwöchentlichen und selbst mehrmonatlichen Perioden abwechselten, in denen der Process vollkommen stillstand. Während die zwei ersten Eruptionsperioden mit dem Auftreten polymorpher Läsionen begannen und mit ausschliesslich bullösen Formen endeten, boten die zwei folgenden von allem Anfang an nur bullöse Efflorescenzen, so dass die Verwechslung mit einem milde verlaufenden Pemphigus vulgaris nahelag. Die letzten Ausbrüche waren durch das gleichzeitige Auftreten erythematöser Plaques, Papeln, Bläschen, Pusteln, papulo-vesiculöser und vesiculopustulöser Efflorescenzen charakterisirt. Als secundäre Erscheinungen traten Schuppen- und Borkenbildungen auf. Die einzelnen Eruptionen waren von intensivem Hautjucken, einzelne auch von Fieber begleitet. Das Allgemeinbefinden des Kranken war trotz des langen Krankheitsverlaufes nicht besonders gestört, der Ernährungszustand ein relativ guter. Die Krankheit endete mit Genesung. Die Eigenthümlichkeiten der Läsionen und des Verlaufes, wie sie im vorliegenden Falle zu Tage traten, rechtfertigen nach der Ansicht Mibelli's die Aufstellung einer besonderen Krankheitsform, deren Charakter durch die von Brocq gewählte Bezeichnung polymorphe pruriginöse chronische Dermatitis mit successiven Rückfällen besser (wohl auch kürzer?! Red.) wiedergegeben sei als durch den Namen Dermatitis herpetiformis.

Strelitz (23) untersuchte in Anlehnung an Demme, Dähnhardt Zechmeister in einem vereinzelt aufgetretenen Falle von Pemphigus die Flüssigkeit einer unter antiseptischen Cautelen eröffneten Blase durch Anlegung von Gelatine und Agar-Agar-Strichculturen auf Mikroorganismen. Es handelte sich um ein 15 Tage altes, nicht luetisches, seit 10 Tagen erkranktes Mädchen. Strelitz erhielt auf Agar-Agar nach 72 Stunden bei Zimmertemperatur zwei 0·5—1·3 μ grosse Coccenarten, die eine gelb in Tropfenform, die andere weiss in der ganzen Länge des Impfstrichs wachsend. Gelatine wurde von beiden langsam verflüssigt. Wachsthumsenergie beider gleich. Die Culturen beider auf Platten, Kartoffeln (Wachsthum bei Bruttemperatur in kleinen mohnkorngrossen Stippchen) zeigen bis auf die Farbe keinen erhebliche Unterschiede. Mit den Culturen inficirte Mäuse starben nach 5—6 Tagen, ohne dass Pemphigus auftrat. Strelitz glaubt wohl an eine Beziehung seiner Coccen zu dem Pemphigus, lässt aber die Frage nach ihrer pathogenetischen Bedeutung unentschieden. Von einer Identificirung seines gelben Coccus mit den Demme'schen Diplococcen, deren Specificität er bezweifelt, sieht er ab, weil von Demme keine Angaben über das Wachsthum auf Platten und Kartoffeln gemacht sind.

Falkenheim.

Dolega (24). Ein 27jähriger, luetisch nicht inficirter Arbeiter erkrankt an einem Ausschlag, der zuerst am Halse auftritt, dann Gesicht, Rumpf und Extremitäten bedeckt, in den Gelenkbeugen excoriirt und hier starke Schmerzen verursacht. Patient ist abgemagert, fiebert, zeigt sehr stark geschwollene Lymphdrüsen (bei l. Cubitalis). Das Exanthem von polymorphem Charakter, auf dem behaarten Kopf vereinzelte, linsengrosse Borken, die eine nässende, leiche blutende Fläche zurücklassen, im Gesicht das Bild eines stellenweise excoriirten, stellenweise stark schuppenden Eczems, daneben einzelne Blasen, die zu Krusten eintrocknen oder bereits eingetrocknet sind. Tiefe, blutende Rhagaden an den Mundwinkeln. Auf der

Zunge und dem harten Gaumen den Plaques muqueuses entsprechende Efflorescenzen, aber doch wohl ursprünglich blasiger Natur. Am Hals ausgedehnte Blasenbildungen neben borkigen Auflagerungen. Aehnlich ist der Ausschlag auf den Extremitäten, nur dass neben den Borken und Rhagaden an den Gelenken (bei Ellenbogengelenk) noch feinste, miliare rothe Knötchen und linsengrosse Papeln auftreten. Die Dorsalseite der Finger, wie der Füsse und Zehen zeigen einzelne mit hämorrhagischem Inhalt gefüllte Blasen. Efflorescenzen der Bauchhaut erinnern an Rupia syphilitica, doch stellt sich heraus, dass die Borken einer neugebildeten gelbbraun pigmentirten Haut aufsitzen, nirgends sind Geschwür- oder Narbenbildungen vorhanden. Innere Organe und Gelenke (abgesehen von den durch die Rhagaden bedingten Beschwerden) intact. Urin normal. Im weiteren Verlauf trockneten die Blasen ein oder stiessen sich ab und an den excoriirten Hautstellen blieben braune Pigmentirungen zurück. Auf Gesicht, Hals und Rumpf kam es zu keinen weiteren Eruptionen, während an den Extremitäten neue Schübe auftraten, die mit der vierten Krankheitswoche aufhörten. Handteller und Fusssohlen blieben frei, keine Papeln am After, die Mundschleimhautaffection heilte innerhalb zwei Wochen ab. Anfangsbestand dabei Fieber, das am Ende der vierten Woche cessirte. Plötzlich tritt unter Temperaturerhöhung eine acute hämorrhagische Nephritis auf mit reichlichen Eiweisscylindern, rothen Blutkörperchen und Epithelien. Schon nach 8 Tagen ist der Harn eiweissfrei, zeigt nur noch spärliche rothe Blutkörperchen, keine Cylinder. Ausgang in völlige Genesung bis auf die Pigmentirungen der Haut und die Schwellung der linken Cubitaldrüse, alle anderen Drüsenschwellungen sind zurückgegangen. Der Inhalt der Pusteln (serös oder pyoserös) zeigte reichliche Coccen und Bacterien, doch nirgends die von Demme als charakteristisch für Pemphigus erklärten Diplococcen. Ein Thierexperiment fiel negativ aus. Aus dem Blut des Kranken gelang es einen, die Nährböden verflüssigenden, dem Staphylococcus aureus wohl verwandten Mikroorganismus zu cultiviren, der jedoch kleiner war als dieser. Demme erklärt den Fall als Pemphigus acutus, der sich nur durch die Drüsenschwellungen von den bisher beschriebenen unerheblich unterscheidet. H. Stern.

Wegen der seltenen Localisation und Intensität der Veränderungen des centralen und peripheren Nervensystems, welche in dem klinischen Fall von Rokitansky (25) sich vorfanden, verdient derselbe besonders hervorgehoben zu werden. Eine 21jährige Person verstarb am 9. Tage nach der CO-Vergiftung, nachdem continuirliches Fieber, rapide Abmagerung der unteren Extremitäten, am vierten Tage der Erkrankung eine Eruption von kleineren und grösseren Blasen über dem Kreuzbein, auf der hinteren Fläche beider Oberschenkel und der rechten Wade aufgetreten waren. Der Grund der geplatzten Blasen erschien schwarzroth verschorft, auf dem Kreuzbeine der Ausgangspunkt eines tief greifenden Decubitus. Bei der Obduction (Prof. Sommer) fand sich: Pneumonia lob. bilat. et Oedema pulmonum. Enteritis diphtheritica intest. recti et coeci c. haemorrhag., haemorrh. peritonaei. Pemphigus multiplex subsequ. necrosi. Decubitus. Thrombosis venae poplit. crural. et iliacae sin. Hyperaemia et oedema cerebri. Polyomyelitis acuta praecipue anterior. Oedema et hyperaemia perineurii nerv. ischiad. utriusque et ramorum. Nebst Hyperämie und seröser Durchfeuchtung des Gehirns fand sich als besonders bemerkenswerth: „Die graue Substanz des Rückenmarks, namentlich die der Vorderhörner, auffallend weich, dabei von zerstreuten Blutpünktchen durchsetzt; in dem Halsmarke, besonders auf der rechten Seite, im Brusttheile des Rückenmarkes vorwiegend auf der linken Seite, zu einer auf den Durchschnitten grubig

einsinkenden röthlich-grauen Pulpa erweicht.“ Die Pia spinalis sehr blutreich. Die Scheide des Nervi ischiadicus beiderseits, so wie die seiner Aeste durchgehends auffallend durchfeuchtet und hyperämisch. Neben dem Hinweis auf die Arbeiten von Klebs, Prelcher u. A. über Kohlenoxydgas-Vergiftung und der Erläuterung des Zustandekommens der Erweichungsherde im Rückenmark als Folge der durch die Carbonisation des Blutes bedingten Ernährungsdepression, Gefässverfettung, Herzschwäche, erinnert Verfasser noch an Veröffentlichungen früherer Zeit über herpes- und pemphigusähnliche Eruptionen nach CO-Vergiftung und postulirt derselbe zur Erklärung solcher Vorkommnisse die Annahme trophischer Nerven. (In unseren vielfachen Publicationen und Untersuchungen über Herpes zoster haben wir wiederholt Gelegenheit gehabt, des Zosterausbruches nach Kohlenoxyd-Vergiftung und der bezüglichen Literatur zu gedenken, zuletzt noch in Verhandlungen der deutschen derm. Ges. zu Prag. Wien, Braumüller 1889, pag. 64. Kaposi.)

Tizzoni's und Giovannini's (26) Arbeit, über welche die Autoren bereits im August 1888 eine vorläufige Mittheilung in der Riforma medica erscheinen liessen, stützt sich auf die Beobachtung einer infectiösen Form der Purpura haemorrhagica, an welcher zwei Kinder derselben Familie erkrankten. Die Krankheit begann mit dem Auftreten einer Impetigo, aber am 8., respective 10. Krankheitstage erschienen unter ziemlich intensivem Fieber, auf der gesunden Haut hämorrhagische Flecken von verschiedener Grösse, während sich zugleich die Basis der grösseren Impetigopusteln mit einem hämorrhagischen Hof umgab. Dazu gesellten sich Oedem des Gesichtes, ausgedehnte Blutgeschwülste am Halse, Erbrechen und blutige Durchfälle, Albuminurie, kurz die Zeichen einer acuten, infectiösen Krankheit. Beide Fälle endeten letal. Ein drittes Kind dieser Familie erkrankte ebenfalls an Impetigo, ohne dass zu dieser die Complication der hämorrhagischen Erscheinungen hinzugetreten wäre. An einem der erstgenannten zwei Fälle, welcher auf Gamberini's Klinik aufgenommen worden war, stellten die Autoren ihre anatomischen und bacteriologischen Studien an. Die Obduction bestätigte die Diagnose der Impetigo und der hämorrhagischen Infection und ergab an der Leber und an den Nieren die Existenz bedeutender secundärer Veränderungen: an der Leber graugelbliche Degenerationspunkte (Coagulationsnekrose der Leberzellen), an den Nieren allgemeine acute Nephritis mit Coagulationsnekrose der gewundenen Harncanälchen und Zerstörung vieler Glomeruli. Zum Behufe der bacteriologischen Untersuchung wurden Culturen der Haut, der Leber, der Nieren, der Milz, des Blutes und der Pericardialflüssigkeit angelegt. Die Resultate wären folgende: Aus den einfachen hämorrhagischen Flecken der Haut entstand nun der Staphylococcus pyogenes aureus, aus zwei anderen Hautläsionen, bei denen man sammt der Blutinfiltration Impetigopusteln in verschiedenen Graden hatte, erhielten die Autoren ausser dem erwähnten Staphylococcus einen Bacillus, der sich von allen bisher bekannten unterschied und der Gegenstand eines besonderen Studium wurde. Aus der Leber und aus dem Blute entstand nur ein Bacillus, der dem aus der Haut isolirten gleich war; aus den Nieren erhielt man nur den Staphylococcus pyogenes aureus. Die Culturen aus der Milz und aus dem Serum des Pericardiums blieben steril. In den mikroskopischen Schnitten der Haut, die nach der Weigert'schen Methode gefärbt wurden, fanden sich zahlreiche Coccen und kurze Bacillen; bei der mikroskopischen Untersuchung der Leber gelang der Nachweis von Mikroorganismus nicht. Ein einziger Schnitt der Niere zeigte eine kleine Gruppe von Staphylococcen. Die Resultate der bacteriologischen Untersuchungen ergaben somit, dass die beschriebene Erkrankung durch eine Mischinfection bedingt, das heisst von einem der

gewöhnlichen Coccen der Eiterung und von einem specifischen Bacillus verursacht war. Ueber die Beziehungen zwischen dem Staphylococcus pyogenes aureus und den Läsionen der Impetigo kann nach der Ansicht der Autoren kein Zweifel entstehen, sowohl wegen der grossen Anzahl dieser Parasiten in den Pusteln, als auch, weil schon durch frühere diesbezügliche Untersuchungen (Campana, Bockhart) das ausschliessliche Vorkommen der gewöhnlichen Eitercoccen in den Impetigopusteln nachgewiesen worden ist. Was die hämorrhagischen Herde, das allgemeine in den vorliegenden Fällen vorgefundene Krankheitsbild und die in einigen inneren Organen entdeckten Läsionen anbelangt, vertreten die Autoren die Ansicht, dass sie ganz und gar auf den von ihnen isolirten Bacillus bezogen werden müssen, dass es sich somit um eine von einem specifischen Bacillus verursachte Infection gehandelt habe. Der in Rede stehende Bacillus gehört zur Classe der facultativen Anaëroben, denn er wächst sowohl in der Luft als auch ausser dem Contact mit derselben und zwar auf allen in der bacteriologischen Technik angewandten Culturmitteln, auf welchen er unregelmässige rundliche, graugelbliche Colonien bildet. Der Bacillus selbst welcher sich in Form kleiner, an den Enden abgerundeter, unbeweglicher Stäbchen von 0·75—1·3 μ Länge und 0·2—0·4 μ Breite darstellt, ist ferner dadurch charakterisirt, dass er bei einer einstündigen Temperatur von 70° C. steril wird, dass er seine Virulenz in der constanten Temperatur des Brutofens auch nach langer Zeit (10 Monate) bewahrt und dass seine Entwickelungsfähigkeit durch Eintrocknung innerhalb 6 Tagen nicht zerstört wird. Er färbt sich mit allen Anilinfarben und widersteht der Entfärbung nach der Weigert'schen Methode; hingegen bleibt er nach der Gram'-schen Methode nicht gefärbt. Sporenbildung konnte an ihm nie wahrgenommen werden. Die Versuchsthiere, bei welchen positive Impfresultate erzielt wurden, waren der Hund, das Kaninchen und das Meerschweinchen; weisse Mäuse und Tauben erwiesen sich bei der Inoculation der Culturen refractär. Die pathogene Wirkung wurde bei den erstgenannten Thieren durch die Einimpfung weniger Tropfen einer Bouilloncultur des Bacillus erzielt. Es zeigte sich, dass der Bacillus nur dann pathogen wirkt, wenn er dem Versuchsthiere ins subcutane Zellgewebe, nicht aber dann, wenn er in den Magen, in das Blut und in die serösen Höhlen injicirt wird. Nach Injectionen virulenter Culturen in das Unterhautbindegewebe, beobachtete man bei den Thieren Erhöhung der Temperatur, bedeutende Verminderung der Harnausscheidung bis zur vollkommenen Anurie, Albuminurie, Steifheit der Hinterbeine, Erbrechen und blutige Durchfälle (letztere nur beim Hunde). Das Unterhautbindegewebe war an der Impfungsstelle und in deren Nachbarschaft leicht ödematös und zeigte ausgebreitete und zahlreiche Hämorrhagien. Die Thiere gingen zwischen dem ersten und dritten Tage nach der Injection zu Grunde. Durch die Section, respective durch die mikroskopische Untersuchung wurde festgestellt, dass das Virus der hämorrhagischen Infection bei den Thieren wie beim Menschen ausser den vielfachen Hämorrhagien bedeutende Veränderungen der Leber und der Nieren erzeugt, die durch eine Coagulationsnekrose der Leberzellen und der Nierenepithelien, durch Hämorrhagien und durch das Absterben der Malpighi'schen Knäuelchen charakterisirt sind. Die Autoren studirten auch durch die Inoculation sterilisirter Culturen des beschriebenen Bacillus die Wirkung des von ihm erzeugten Giftes auf Kaninchen; die Thiere zeigten verminderte Fresslust, Spuren von Albumin im Harn und ein leichtes Fallen der Temperatur, erholten sich jedoch bald wieder. Endlich stellten die Autoren experimentell fest, dass man mit einer subcutanen Injection von sterilisirten Culturen des von ihnen isolirten Bacillus den Thieren eine vorübergehende Immunität gegen die virulenten Culturen

selbst mittheilen könne. Vorliegende Untersuchungen beweisen nach der Ansicht der Autoren die Existenz eines neuen Bacillus, und zeigen, dass dieser Parasit, welcher besondere morphologische und biologische Eigenschaften besitzt, die Ursache der hämorrhagischen Infection ist. Die bacteriologische Untersuchung beweise ferner, dass sich die Bacillen von dem Infectionsherd des Unterhautbindegewebes aus nicht im Organismus verbreiten, noch sich verallgemeinern und dass nur dem Gift, das von diesem Herd aus resorbirt wird, die Allgemeinerscheinungen und die secundären Alterationen zuzuschreiben seien — die positiven bacteriologischen Versuche, die die Autoren mit dem Blute und mit der Leber des von ihnen behandelten Kindes erhielten, führen sie auf eine secundäre Penetration, auf einen accidentellen Eintritt des Parasiten ins Blut und in die Leber zurück.

Dornig.

Dusch (27) hat die Purpura simplex als secundäre Erscheinung vorwiegend bei solchen Kindern oder jugendlichen Individuen, die dem Kindesalter nahe standen, beobachtet, die an tiefgreifenden Ernährungsstörungen oder constitutionellen Kachexien litten. Den Morbus maculosus hat er in ungefähr 30 Fällen gesehen; hier traten die Blutungen auf dem ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichtes und der Hände auf, sowie in einzelnen Fällen auf der Schleimhaut des Mundes und des Gaumens. Nebenbei bestanden Blutungen aus der Schleimhaut der Nase und des Mundes; dagegen waren keine Gelenkaffectionen vorhanden, auch kam ein Auftreten in Schüben oder Intervallen nicht vor. Fieber zeigte sich nur in einzelnen Fällen im Verlaufe der Krankheit. Hiervon unterscheiden sich wesentlich die Fälle von Purpura rheumatica oder recurrens, bei denen die Blutergüsse in getrennten Schüben auftraten und fast ausnahmslos die Extremitäten befielen. Hier lassen sich drei Gruppen unterscheiden: 1. Purpura mit Gelenkaffectionen. 2. Purpura mit heftigen Darmerscheinungen ohne Gelenkaffectionen und 3. Purpura mit Gelenkaffectionen, Darmerscheinungen und sonstigen Blutungen. Von dieser Varietät hat Dusch zwei Fälle gesehen. Eine gewisse Beziehung zum Gelenksrheumatismus lässt sich in diesem Falle nicht in Abrede stellen. In zwei Fällen von Morbus maculosus fand Brohm, ein früherer Assistent Dusch', eine beträchtliche Olygocythämie und Leukocytose, sowie ein vollständiges Verschwinden der Hämatoblasten (Hayem) auf der Höhe der Krankheit. Die Purpura haemorrhagica beruht nach Dusch auf einer Alteration des Blutes, die Purpura rheumatica auf embolischen Vorgängen. Die von Letzerich in drei Fällen von Morbus maculosus gefundenen specifischen Bacillen dürften, falls die Beobachtungen bestätigt werden, den Zusammenhang der verschiedenen Arten der Purpura bald aufklären.

O. Rosenthal.

Das Galvaniseur-Eczem findet sich nach Blaschko (28) bei den in Metallwaarenfabriken beschäftigten Arbeitern, welchen das Galvanisiren d. i. die durch den galvanischen Strom erzeugte Bedeckung metallischer Gegenstände mit einer Schicht eines anderen Metalles überantwortet ist. Das grösste Contingent zu dieser Erkrankung stellen: Gürtler, Goldarbeiter, Erzeuger chirurgischer Instrumente und Andere. Das Eczem verläuft subacut oder chronisch, entsteht meist zunächst an der Dorsalfläche der Finger und Hände, verbreitet sich aber oft acut über den ganzen Körper. Verfasser, der bis jetzt über 40 Fälle behandelt hat, sieht die Ursache des Eczems in den eigenthümlichen Bedingungen der Beschäftigung der Galvaniseure. Das Galvanisiren zerfällt in mehrere Acte, von denen jeder fähig ist, Entzündungen der Haut hervorzurufen. Zuerst kommen die zu galvanisirenden Gegenstände in die Beize (heisse gesättigte Soda- oder

Pottaschelösung), dann in die Brenne (starkes Säuregemisch) oder statt dessen zuerst in ein Benzinbad, werden dann mit Wienerkalk gereinigt, und sind erst jetzt zum galvanischen Bade reif. Mit der Beize und Brenne kommen die Arbeiter weniger in Berührung und können sich durch Gummihandschuhe schützen. Immerhin können auch kleinste Mengen von Säure heftigere Hautentzündungen hervorrufen. Auch das Reinigen der Waaren in Benzin kann zu einer Dermatitis führen, die sich aber später meist zu verlieren pflegt. Schädlicher aber wirkt der Wienerkalk, indem er die Haut entfettet und sie so den ihr noch fernerhin drohenden Gefahren gegenüber wehrlos macht. Von den galvanischen Bädern selbst scheinen besonders die Nickelbäder schädlich, und zwar zumeist diejenigen, in denen Chlornickel enthalten ist. Hiedurch nämlich kommt es zur Bildung von Chlorkalk in den obersten Schichten der Epidermis und damit ist die Entstehungsursache des Eczems gegeben. Die Therapie ist die bei Eczem allgemein übliche. Sehr wichtig ist die Prophylaxe: Für die bei der Beize und Brenne, mit Benzin und Wienerkalk manipulirenden Arbeiter sind Gummihandschuhe zu beschaffen. Nach beendeter Arbeit sollen Hände und Arme eingefettet werden. Die eigentlichen Galvaniseure dürfen nicht mit dem Kalk in Berührung kommen. Gerber.

Cerasi (29) wendete in sieben Fällen von impetiginösem Eczem mit gutem Erfolge Pikrinsäure an und zwar sowohl in Salbenform (0·3—0·4 Pikrinsäure in Aether gelöst mit 69·0 Lanolin) als auch in wässeriger Lösung (0·5—1·0 Pikrinsäure in Aether gelöst mit 150·0 Rosenwasser). Dornig.

Sarra (30) wurde von einem Handwerker consultirt, welcher über Nacht unter eigenthümlichen Erscheinungen erkrankt war: er fühlte plötzlich intensiven Kopfschmerz und ein Brennen im Gesicht und im Rachen, musste fortwährend niessen und husten, klagte über Schlingbeschwerden und Dispnöe. Sarra constatirte eine hochgradige Röthe und Schwellung der Gesichtshaut, vor Allem an den Lidern, der Nase und den Lippen. Die Bindehäute waren lebhaft injicirt, die Lidränder von dünnem, schleimigem Eiter bedeckt. Gleichzeitig bestand continuirlicher Thränenfluss, sowie ein copiöser, seröser Ausfluss aus der Nase. Die Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens zeigte ebenfalls die Erscheinungen einer acuten Entzündung; die physikalische Untersuchung der Brustorgane ergab die Zeichen einer mächtigen acuten Bronchitis. Puls und Temperatur normal. An der Haut des Stammes und der Extremitäten mit Ausnahme einer geringen Röthung des Scrotum nichts Abnormes. Der Mann gab an, am vorhergegangenen Tage in Gemeinschaft mit seinem Lehrjungen durch mehrere Stunden sich mit dem Abschälen von Schilfrohr befasst zu haben. Sarra untersuchte nun das Rohr und fand unter dessen Scheide eine schwärzliche, pulverartige Masse, welche, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, aus Sporen der Ustilago hypodites bestand, eines Schimmelpilzes, welcher auf einzelnen Gramineen, namentlich auf dem Schilfrohr vorkommt. Da auch der Lehrjunge unter ganz ähnlichen Erscheinungen wie sein Meister erkrankt war, nimmt Sarra an, dass die von ihm beschriebene Haut- und Schleimhautaffection eine Folge der toxischen Wirkung der Schimmelpilzsporen war. Dornig.

Klamann (31). Recidivirendes Eczem, das zu Lymphangioitis der Arme mit Achseldrüsenschwellungen geführt hatte. Die entzündlichen Reactionserscheinungen schwanden unter Gebrauch des Creolinöls (2—5 : 100), während die Rauhigkeit der Haut die Anwendung von Ichthyolöl (1 : 100) erforderlich machte.

Von Weyl (32) wird eine Reihe von Beobachtungen mitgetheilt, in denen es zum Theil gelang, den Zusammenhang mit dem giftigen Agens nachzuweisen. So wurde in dem Garn einer Lyoner Fabrik, in der mehrere Garnwicklerinnen erkrankt waren, chromsaures Blei gefunden. Ferner wies Weyl in dem Stoff, mit dem Manschetten und Krägen einer rothen Tricottaille gefüttert waren, Safranin nach und bezieht darauf die Erkrankung einer Dame, nachdem er die Virulenz des Hunden subcutan beigebrachten Safranins feststellen konnte. Dann wird ein Fall erwähnt, in dem das Tragen von neuen Strümpfen, die mit indigosulfosaurem Natron gefärbt waren, ödematöse Schwellung und entzündliche Röthung der Unterschenkel erzeugt hatte. Indigosulfosaures Natron ist gänzlich ungiftig, befeuchtet man die Strümpfe jedoch mit Wasser, so reagirte dieses bald sauer und es konnte hier freie $H^2 SO^4$ nachgewiesen werden, die wohl als Beize gedient hatte. In der Discussion wird von Lassar und Blaschko darauf aufmerksam gemacht, dass wohl die Disposition Einzelner eine Hauptrolle bei derartigen Erkrankungen spiele.

Wackez (33) beobachtete unter 17 Kindern, die wegen leichter Verletzungen mit Pearson'schem Creolin (1 : 1000) verbunden wurden, in 7 Fällen ein intensives und mit Blasenbildung einhergehendes Eczem, das an den verletzten Stellen zuerst auftrat und secundär auf andere Stellen übertragen wurde. In allen Fällen war das Allgemeinbefinden gestört. Der Harn war dunkel gefärbt und ergab eine Vermehrung der Aetherschwefelsäure gegenüber der an Alkalimetalle gebundenen Schwefelsäure in einem Verhältniss von 1 : 0·385 (normal 1 : 0·1045 von den Velden). Auch zeigte sich in 150 Ccm. Harn ein reichlicher Niederschlag von Tribromphenolschwefelsäure. Trotz seiner antiseptischen Wirkung glaubt daher Wackez, die rückhaltlose Anwendung des Creolins in kindlichem Alter nicht befürworten zu können. O. Rosenthal.

Bischofswerder (34) beobachtete bei einem 6jährigen Kinde, das er wegen einer Verletzung eines Fingers mit 1%iger Creolinlösung und Creolingaze verbunden hatte, ein über die ganze Hand sich ausbreitendes, vesiculöses Eczem, das nach Aussetzen des Mittels schwand.

O. Rosenthal.

Baaz (35) beschreibt einen der Psoriasis ähnlichen Ausschlag, den er bei 7 Personen, die derselben Familie angehörten, nach einander beobachtet hat, und der unter leicht fieberhaften Prodromalerscheinungen am Körper, im Gesicht und am behaarten Kopf auftrat. Beim Abkratzen der Schuppen zeigten sich kleine Blutstropfen. Die Affection heilte unter Chrysarobinbehandlung nach 6—8 Wochen. (Herp. tons. macul. et squam?).

O. Rosenthal.

Auf Grund seiner stark reducirenden Eigenschaften hat Gutmann (36) das Hydracetin (Acetylphenylhydracin) auch in 2 Fällen von Psoriasis als eine 10%ige Salbe angewendet und in einem Falle nach 7 Einreibungen, in dem andern nach 7 Tagen einen günstigen Erfolg gesehen, so dass nach seiner Ansicht, der äusseren Anwendung des Mittels kein Hinderniss entgegensteht. O. Rosenthal.

Auf Grund der Guttmann'schen Empfehlungen hat Oestreicher (37) auf der Lassar'schen Klinik bei 6 Patienten mit Psoriasis das Hydracetin in 10%iger und, da die Wirkung zu gering war, in 20%iger Lanolinsalbe angewendet. Auch er beobachtete eine schnelle Involution der Affection innerhalb 14 Tagen. Dagegen zeigte sich bei allen Patienten nach der siebenten oder zehnten Einreibung eine zunehmende Schwäche, Blässe der Schleimhäute und des Gesichtes mit einem Stich ins Gelbliche, so dass

der Verdacht einer Intoxication vorlag. Der Urin war dunkelmahagonibraun mit Uebergang in Grün; in demselben war nur eine Vermehrung von Indican nachweisbar. Wenngleich auch die Ursache für die Störung des Allgemeinbefindens nicht gefunden wurde, so räth doch Oestreicher bei Anwendung des Hydracetin zu grosser Vorsicht. O. Rosenthal.

In zwei typischen, von Trautvetter (38) beobachteten Fällen von Pityriasis rubra wurden, nachdem Arsen und locale Therapie keine Besserung hervorzubringen vermochten, grosse Gaben von Jodkali verordnet, und zwar im ersten Falle circa 892 Gr. innerhalb 80 Tagen, im zweiten Falle 116 Gr. innerhalb 33 Tagen; unter solcher Therapie wurden in beiden Fällen sämmtliche Krankheitserscheinungen vollkommen beseitigt. Nach des Verfassers Meinung ist die Pityriasis rubra als eine von den vasomotorischen und trophischen Nerven abhängende Hautkrankheit anzusehen. Szadek.

Casati versuchte (39) bei einem Kinde, welches an ausgebreiteten die ganze Rückseite des Körpers einnehmenden Brandwunden litt und bereits zu collabiren drohte, die Massage der gesund gebliebenen Körperoberfläche und applicirte auf die Brandwunden Kalkliniment mit einem Zusatz von 5 Procent Creolin. Da er mit dieser Behandlungsmethode ein sehr günstiges Resultat erzielte, empfiehlt er das Creolin als ein ausgezeichnetes Antisepticum, welches namentlich in der Kinderpraxis den anderen antiseptischen Mitteln vorgezogen zu werden verdient, da es niemals Vergiftungserscheinungen hervorruft. (Vide vorher (33) die gegentheilige Angabe von Wackez. Red.) Was die Massage betrifft, beschleunigt sie nach der Ansicht Casati's die Circulation in den Venen und den Lymphgefässen, sie wirkt als Reizmittel für die motorischen, sensitiven und vasomotorischen Nerven und ruft Reflexactionen hervor. Von der Erwägung ausgehend, dass bei Verbrennungen der Tod durch Collapsus eintritt oder in Folge Erkrankungen der inneren Organe, welche der Unterdrückung der Functionen einer ausgebreiteten Hautfläche, woraus Ansammlung schädlicher Stoffe im Organismus, sowie Congestion nach den inneren Organen resultire, zuzuschreiben seien, hält er die Anwendung der Massage in diesen Fällen für sehr zweckmässig. Im vorliegenden Falle glaubt Casati lediglich durch die Massage in erster Linie den Collaps, dann auch die Seitens der Meningen, des Darmkanals und der Nieren drohenden Erscheinungen beseitigt zu haben. Dornig.

Giovannini (40). Von der Erwägung ausgehend, dass die blosse Retention des Talgdrüsensecretes unmöglich für sich allein die Ursache der die Acne vulgaris zusammensetzenden entzündlichen Erscheinungen sein könne, dass vielmehr, um die Entwickelung dieser Affection zu erklären, besondere Eigenschaften des Drüsensecretes angenommen werden müssen, welche ihm wahrscheinlich durch die Anwesenheit gewisser Bacterien oder ihrer Producte mitgetheilt werden, wendet Giovannini bei der Acne vulgaris eine Behandlung an, welche den Zweck verfolgt, einestheils die Ansammlung des Secretes in den Drüsen zu verhindern und den Talg aufzulösen, anderntheils einem septischen Processe in den Drüsen selbst vorzubeugen. Diesen doppelten Zweck glaubt er durch die combinirte Anwendung von Schwefeläther mit Salicylsäure, respective mit Jodoform erreichen zu können, wobei er sich folgender Formeln bedient: 1. Acid. salicylic. 10, Aether. sulfuric. 30. 2. Jodoform 4, Aether. sulfuric. 30. Die Behandlung besteht darin, dass mit einer dieser zwei Lösungen, sowohl die Akne-Efflorescenzen, als auch die sie umgebenden, scheinbar gesunden Hautpartien 1—2mal täglich bepinselt werden. Wenn wir auch, wie Giovannini ausdrücklich bemerkt, in den ätherischen Salicyl-, respective Jodoformlösungen, kein Mittel be-

sitzen, welches im Stande wäre, die Acne vulgaris dauernd zu heilen, so verdienen sie doch wegen ihrer leichten Anwendbarkeit, wegen der minimalen Reizerscheinungen, die sie hervorrufen, und wegen ihrer Wirksamkeit den besten der bisher bekannten Mittel, welche gegen die Acne vulgaris angewendet werden, an die Seite gestellt, wenn nicht sogar vorgezogen zu werden. Dornig.

Gestützt auf Versuche von Rönick, der gefunden hatte, dass der Staphylococcus pyog. aureus auf einem mit Menthollösung nur schwach getränkten Nährboden (0·008 Menthol in Substanz : 8·0 Gr. Agar) sich nicht mehr entwickelt, und dass sogar die Verdunstungssphäre des Menthols dieselbe Wirkung hervorruft, hat Cholewa (41) bei Furunculose des Gehörganges 20% Menthol-Oellösung auf fest gedrehten Wattewicken, die nach 2 Stunden erneuert wurden, in denselben eingeführt. Die Schmerzen liessen bei dieser Behandlung bald nach und Schlaf stellte sich ein. O. Rosenthal.

Adny C. Erythema polymorphe herpetiforme infectiosum. Ann. de derm. et de syph. Paris 1888. — **Barlow** T. Diabetes mellitus mit lichenartigen Hautveränderungen und Xanthombildungen. Brit. Journ. Derm., London 1888—1889. — **Bertarelli** A. Arsenik bei Lichen planus. Boll. de Poliamb. di Mil. 1888. — **Bickle** S. W. Erythema nodosum mit seltenen Aussenerscheinungen. Austr. Med. Gaz., Sydney 1887, 1888. — **Boeck** C. Pityriasis rosea. Norsk Magazin for Laegevidensk. 1888. — **Boeck** C. Lichen ruber planus universum. Norsk Magazin for Laegevidensk. 1888. — **Boicesco** A. Ueber Erythema nodosum. Arch. roum. de méd. et chir., Paris 1887—1888. — **Burch** T. H. Pemphigus acutus. Tödtlicher Ausgang. Med. Record, New-York 1888. — **Burgess** D. Varietät von Cheiropompholyx. Med. Press and Circ. London 1888. — **Cannetta** P. Behandlung der Pellagra. Giorn. d. Soc. ital. d'ig., Milano 1888. — **Carpenter** G. A. Fall von Pemphigus. Illustr. Med. News, London 1888. — **Cerasi** F. Pikrinsäure gegen Eczem. Gazz. med. di Rom 1888. — **Chavier** et **Fevier.** Zwei Fälle von chirurgischem Scharlach. Gaz. méd. de Paris 1888. — **Covafy** J. Xanthoma diabetic. Brit. Journ. Derm., London 1889. — **Cristiani** A. Urticaria malarica. Sperim., Firenze 1888. — **Dariot** G. Eczem der linken unteren Extremitäten nach Choc. Gaz. méd., Paris 1888. — **Dematal** P. Ueber die Aetiologie des Eczems. Giorn. di r. Acad. di med. di Pavia 1888. — **Derode.** Schweres Phenol-Eczem. Bullet. gén. de thér., Paris 1888. — **Düring** J. Ein Fall von Lupus miliaris. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888. — **Duhring** L. A. Zwei Fälle von typischer Impetigo simplex. Americ. Journ. of Med. Science, Philadelphia 1888. — **Durand** J. Scharlachartiger Ausbruch nach Antipyrin. Gaz. des hôpit. de Toulouse 1888. — **Elliot** G. T. Papilloma ani, perinaei et penis, post eczem. chron. Journ. of cut. and gen.-urin. dis., New-York 1888. — **Elliot** G. T. Ueber recidivirenden Zoster. Journ. of cut. and gen.-urin. dis., New-York 1888. — **Eloy** C. Behandlung der Impetigo. Gaz. hebdom. de méd., Paris 1888. — **Fayard** J. Psoriasis und Parasitismus. Prov. méd., Lyon 1889. — **Fox.** Lichen ruber moniliformis. Journ. of cut. and gen.-urin. dis., New-York 1888. — **Fox** T. C. Erythema iris. Illustr. Med. News, London 1888. — **Girode** J. Erythema polymorphe und Phlebitis. Ann. de derm., Paris 1888. — **Gross** F. H. Gutta roseacea. Med. News, Philadelphia 1888. — **Hallopeau** H. Pemphigus veget. et atrophic. nach Jodgebrauch. Union méd., Paris 1888. — **Haudford** H. Pemphigus mit Narbenbildung. Tr. clin. soc., London 1888. — **Jackson** C. A. Morphin als Ursache von Acne rosacea. Med. and Surg. Rep., Philadelphia 1888. — **Kosloff** J. Nervenerscheinungen bei Psoriasis. Russk. Med., St. Petersburg 1888. — **Lee** R. J. Herpes zoster bei Kindern. Med. Press and Circ.,

London 1888. — **Leudet** R. Dermatitis exfoliativa bei einem Brightiker. Courr. méd., Paris 1888. — **Masip** J. A. Ein Fall von Pemphigus acutus. Encicloped., Barcelona 1888. — **Mazzotti** C. Ein Fall von Erythema polymorphe. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle, Milano 1888. — **Mibelli** D. Ein Fall von Urticaria pigmentosa. Sperim., Firenze 1888. — **Muselier.** Erythema marginatum febrile mit Icterus. Gaz. méd. de Paris 1888. — **Neupauer** G. Abscessus ex phlyctaena. Szemészes, Budapest 1888. — **Ohmann-Dumesnil** A. H. Lupus erythematosum der Hand. Americ. Journ. of Med. Science, Philadelphia 1888. — **Ollivier** A. Die Contagiosität und Behandlung der Impetigo. Rev. gén. de clin. et de thér., Paris 1888. — **Osler** W. Purpura mit gastro-intestinalen und renalen Erscheinungen. New-York Med. Journ. 1888. — **Pearse** T. F. Behandlung des Eczems. Lancet, London 1888. — **Perron.** Eine neue Impetigoart der orig. Vaccination. Rev. san. de Bordeaux 1888. — **Pitt.** Pemphigus malignus. Brit. Med. Journ., London 1889. — **Prat** S. Urticaria, äusserlich und innerlich. Arch. de méd. nav., Paris 1888. — **Raven** T. F. Herpes bullosus. Illustr. Med. News, London 1888—1889. — **Robinson** J. A. Fehlen localer Wirkung der Kanthariden bei Urticaria. Lancet, London 1888. — **Robinson** J. A. Recidivirende Urticaria. Med. Reg., Philadelphia 1888. — **Robinson** J. A. Bromausschlag bei einem Kinde. Med. Reg., Philadelphia 1888. — **Roszczkowsky** F. Pellagra in Bessarabien. Gazeta Lekarska. Warszawa 1889. — **Saugster** A. und F. W. **Mott.** Pemphigus mit Veränderungen in den peripheren Nerven. Proc. Rec. Med. and Chir. Soc., Lancet, London 1888. — **Sergin.** Ueber Pellagra in Rumänien. Arch. roum. de méd. et chir., Paris 1889. — **Shoemaker** J. V. Ursache und Behandlung der Psoriasis. Med. Reg., Philadelphia 1888. — **Smurra** P. Dermatitis general. prurigin. infect. Giorn. delle clin. therap., Napoli 1888. — **Speransky** M. S. Seltene Localisation der Psoriasis, Russk. Med., St. Petersburg 1889. — **Stewart** J. H. Pemphigus acutus. Northwest Lancet., St. Paul 1888. — **Warner** F. Eczema vesico-papulatum. Cincinnati Lancet Clin. 1888. — **Wicherkiewicz** B. Allgemeine Pustelbildung bei Sarkom der Haut. Gazeta Lekarska, Warschau 1888. — **Wickham** S. und **Thibault** A. Urticaria pigmentosa. Ann. der derm. et de syph. 1888. — **Woodbury** F. Kurze Bemerkung über Dermatitis exfoliativa (Pityriasis rubra?) Phil. Med. Times 1888.

Bildungsanomalien.

(Hypoplasien, Hyperplasien, Paraplasien der Epidermis und Cutis.)

1. **Joseph** M. Ueber Nervenläsion und Haarausfall mit Bezug auf die Alopecia areata. — Virchow's Arch., 116. Bd., 1889. (Erwiderung an Behrend.)
2. **Lehzen** und **Knaus.** Ueber Xanthoma multiplex planum, tuberosum, mollusciforme. — Aus der med. Klinik u. d. path.-anat. Institute zu Würzburg 1888.
3. **Dönitz** und **Lassar.** Ueber Mycosis fungoides (Granuloma fungoides). — Virchow's Arch., 16. Bd., 1888.
4. **De Luca.** Angiosarcoma multiplo della pelle di origine nevropatica. — Catania, Tip. Galati 1888. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 1.
5. **Greco.** Rara forma di sclerodermia diffusa. — Progresso med. 1889, Nr. 19, 20.
6. **Rosenthal** O. Ueber einen Fall von partieller Sklerodermie mit Uebergang in halbseitige Gesichtsatrophie, combinirt mit Alopecia areata. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 34.

7. **Fleiner.** Morbus Addisonii, complicirt mit Pityriasis versicolor. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 46.
8. **Joseph.** Ein Fall von schwimmhosenartigem, thierfellähnlichem Naevus piliferus pigmentosus. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 24.
9. **Mibelli.** Di una nuova forma di cheratosi. Angiocheratoma. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, Nr. 3.
10. **Landerer** A. Die Behandlung kleiner cystischer Geschwülste mit Chlorzinkeinspritzungen. — Deutsche Zeitschr. f. Chir., XXIX. Bd., 5. u. 6. Heft.
11. **Levin.** Ueber Keloid bei einem Neger. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 24.
12. **Stukowenkow.** Ein Fall von Mycosis fungoides Aliberti. — Medizinskoie Obosrenie 1889, 4 (russisch).
13. **Joseph** M. Ueber Pseudoleukaemia cutis. — Deutsche med. Wochenschr, 1889, Nr. 46.
14. **Levin.** Ein Fall von Sarkomatose. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 26.

Joseph (1). Zunächst glaube Behrend darin einen Widerspruch nachgewiesen zu haben, dass er einmal in seinen Arbeiten sage: „Ich habe einen Haarausfall gesehen, nachdem ich den zweiten Cervicalnerven peripherisch vom Ganglion durchschnitten", — und an einer anderen Stelle wieder empfohlen habe, das ganze Spinalganglion mitsammt einem Stücke des Nerven central und peripherisch zu exstirpiren. Letzteres sei einfach aus dem Grunde geschehen, weil eine Reihe von Misserfolgen, offenbar durch das Wiederverwachsen der Schnittenden eingetreten sei. Dass in jenen ersten Fällen trotz der einfachen Durchschneidung Degeneration und Haarausfall eingetreten, in einer Reihe anderer gleichartig operirter Fälle aber nicht, — dürfte seinen Grund vielleicht darin haben, dass in der Nähe des Wirbelcanales, also auf einer festen Unterlage die Schnittenden leicht durch Druck zum Verwachsen gebracht werden können. Ein Widerspruch liege hier also mit nichten vor. — Was die Betheiligung der Gefässe am Haarausfall betreffe, so habe er solche weder makro- noch mikroskopisch nachweisen können, und müsse daher — wie sehr man auch Gaskell's Untersuchungen anzuzweifeln geneigt sei — bei seiner Ansicht stehen bleiben. Die „zweifelhaften Versuche Türck's gegen ihn heranzuziehen, liege kein Grund vor, da es für ihn nur auf das allgemeine Princip ankomme, nach welchem die sensiblen Nerven in ausschliessenden und gemeinschaftlichen Bezirken verlaufen, und dieses sei von Türck unter Anderem sichergestellt. Behrend's 9 negative Versuche seien nicht im Stande, seine 12 positiven Resultate umzustossen. Mit Bezug auf das von Munk in der Berliner medicinischen Gesellschaft ausgeführte Gesetz, dass die Function eines Nerven mit seiner Elimination aufhöre, macht Verfasser auf die Thatsache aufmerksam, dass der Verlauf der verschiedensten Fasergattungen in den Wurzelgebieten mannigfach variire. Die trophischen Nervenfasern, welche den betreffenden Theil der Kopfhaut versorgen, brauchen nicht nothwendig immer in den Wurzeln des zweiten Halsnerven zu verlaufen, sie können auch in denen des ersten, dritten oder gar vierten Cervicalnerven liegen und sich erst peripherisch dem zweiten Halsnerven zugesellen. Dafür sprechen auch die Experimente von Gad. Zum Schluss weist Verfasser darauf hin, dass Behrend fortfahre, seinen Befund einer bis in das äusserste Wurzelende hinabreichenden Luftinfiltration trotz gegentheiliger Ansichten Virchow's und Waldeyer's mit der Aetiologie der Alopecia areata in Zusammenhang zu bringen.

Es handelt sich in der Arbeit von Lehzen und Knaus (2) um einen typischen Fall von Xanthom, der insofern besonders interessant ist, als er Daten über die Heredität des Leidens gibt, ferner einen Sectionsbefund, der die von Prof. Leube gestellte Diagnose „Xanthoma endocardii“ bestätigte. Patientin ist ein 11jähriges Mädchen aus gesunder Familie; eine 9jährige Schwester zeigt jedoch genau denselben Krankheitsprocess wie sie. Sie selbst hat gleich nach ihrer Geburt einen Icterus durchgemacht; ihre jetzige Erkrankung begann im 4. Lebensjahre, nachdem sie schon vorher an „Schwären und rothen Flecken“ gelitten hatte. Im Status praesens finden sich stroh- bis schwefelgelbe Flecke und Knötchen erwähnt, die weich, leicht beweglich, scharf umschrieben, 2 Mm. bis 6 Ctm. im Durchmesser, an den verschiedensten Körpertheilen, aber symmetrisch sitzen. Ausserdem aber, besonders an den Gelenken, stark erhabene, über hühnereigrosse, xanthomatöse Geschwülste. Herzdämpfung vergrössert; an der Spitze ein systolisches Geräusch und verstärkter Pulmonalton. Sonst nichts Anormales. In einer Sitzung werden die Geschwülste an den Fersen und an der Patella exstirpirt, in einer zweiten die an den Fingern. Nachdem sämmtliche Wunden in glattem Wundverlauf schon fast verheilt sind, tritt plötzlich Collaps und bald darauf Exitus letalis ein. Die Section ergibt in Aorta, Pulmonalis, den Coronar-Arterien und an der Mitralis verschieden grosse, mehr minder intensiv gefärbte Xanthomplaques. Der Fall repräsentirt also die von Köbner als seltenste Form des Xanthoms beschriebene: Xanthoma multiplex planum tuberosum et mollusciforme pendulum. Die histologische Untersuchung ergibt mit den bisher veröffentlichten Mittheilungen übereinstimmende Resultate, abweichend nur insofern, als hier keine vermehrte Pigmentirung im Rete und keine Zeichen vermehrter Blutstauung gefunden werden konnten.

Dönitz und Lassar (3). Ein neuer Fall von Granuloma fungoides, der sich in seinem klinischen Verhalten nicht von den früher mitgetheilten unterscheidet, deshalb aber bemerkenswerth ist, weil er zum Ausgangspunkte umfassender bacteriologischer Untersuchungen gemacht wurde, die — im Gegensatz zu früheren Arbeiten von Rindfleisch, Hammer, Vidal-Perrin, Hochsinger und Schiff — ein völlig negatives Resultat ergaben. Weder Deckglaspräparate, noch mikroskopische Schnitte, noch Reagensglasculturen und Uebertragungsversuche liessen als Ursache der Krankheit einen parasitischen Organismus auffinden. Histologisch gleicht das Granuloma fungoides vollständig einem Sarkom, weicht aber klinisch durch seinen chronischen Charakter, die trotz des endlichen Erschöpfungstodes verhältnissmässige Gutartigkeit, die geringe Neigung zu Metastasenbildung, namentlich durch die spontane Rückbildung ganzer Geschwülste und Anderem von einer Sarkombildung ab. Gerber.

De Luca (4) beobachtete bei einem 57jährigen Manne die Entwickelung multipler, an den unteren Extremitäten sitzender Hautknoten, die das Aussehen von Sarkomen hatten, nicht ulcerirten und sich auf die örtliche Application von Tannin, vielleicht auch in Folge Anwendung der Massage, involvirten. Die Localisation der Knoten entsprach dem Verbreitungsbezirke folgender Nerven: N. cutaneus femoris lateralis und posterior, saphenus, peroneus, profundus beiderseits, N. plantaris medius und lateralis rechterseits. Der Verlauf war ein chronischer, es erfolgte continuirlich und successive die Entwickelung neuer Knoten. Begleitet war die Affection von hochgradigem Oedem beider unteren Extremitäten und von Seborrhöe der rechten. Allgemeine Ernährungsstörungen fehlten. Die histologische Untersuchung ergab eine von der Spitze der Papillen bis in das subcutane Bindegewebe reichende krankhafte Veränderung der Haut,

bestehend in einer abnormen Gefässneubildung, die umgeben war von einer dichten, vom Perithel der Gefässe und vielleicht auch von den Lymphspalten des Bindegewebes herstammenden Endothelzellenschicht. An einzelnen Punkten, sowohl an den Gefässen, als auch an den diese umgebenden Zellen zeigte sich hyaline Degeneration. Auf Grund dieses Befundes hält De Luca die Diagnose Angiosarkom für gerechtfertigt. Um die Entwickelung einer so namhaften Anzahl von Angiosarkomen (48 am rechten, 25 am linken Bein) zu erklären, nimmt De Luca eine anomale Constitution der Haut seines Kranken an, aus welcher die Disposition zu einer eventuellen abnormen Entwickelung einzelner die Haut zusammensetzender Elemente unter einer bestimmten Ursache resultirte. Diese Ursache glaubt er in einer Fractur des rechten Beines gefunden zu haben, welche der Kranke einige Monate vorher erlitten hatte. Es möge uns erlassen werden, dem Autor auf dem weiteren Wege seiner weitläufigen, an kühnen Hypothesen reichen Erörterungen zu folgen, durch welche er den Zusammenhang zwischen Trauma und Entwickelung der Geschwülste zu erklären und den Beweis für den neuropathischen Ursprung der Angiosarkome zu erbringen sucht. Dornig.

Greco's (5) casuistische Mittheilung hat einen bei einer 43jährigen Frau beobachteten Fall von Sklerodermie zum Gegenstande. Von der linken Wange ausgehend, verbreitete sich die Affection zuerst über die linke Körperhälfte, griff jedoch alsbald auch auf die rechte Seite über und occupirte in nicht ganz einem Jahre die Haut des Gesichtes, des Stammes und der Extremitäten. Wie in allen Fällen von diffuser Sklerodermie bestanden auch im vorliegenden mannigfache, durch die Starrheit der Haut bedingte functionelle Störungen. Die Tastempfindung war entsprechend der geringeren oder grösseren Intensität der Erkrankung an einzelnen Stellen intact, an anderen herabgesetzt oder ganz fehlend, während die Schmerzempfindung überall erhalten war. Die Hauttemperatur war an allen sklerosirten Stellen herabgesetzt, mit Ausnahme der Lumbargegend, wo die Haut geröthet und der Sitz eines intensiven Pruritus war. Während die Schweisssecretion vermindert war, zeigte die Hauttalgsecretion im Allgemeinen keine Anomalie. Die Kranke war in der Ernährung sehr herabgekommen, sie litt an hochgradigem Magen-Darmkatarrh und an chronischer Metritis. Schliesslich erlag sie einem heftigen Intermittens-Anfalle, der von cerebralen Erscheinungen begleitet war. Greco hält es für sehr wahrscheinlich, dass in seinem Falle die durch das gastro-enteritische und das uterine Leiden bedingte Anämie trophische Störungen des Centralnervensystems und diese das Hautleiden hervorgerufen habe. Dornig.

Es handelte sich im Falle Rosenthal's (6) um ein $7\frac{3}{4}$ Jahre altes Mädchen aus gesunder Familie, bei der seit dem vierten Lebensjahre auf der linken Seite des Halses und Gesichts eine Anzahl vitiligo-ähnlicher Flecke, die sich zum Theil infiltrirt anfühlten — eine mässige Atrophie der linken Gesichtshälfte, deren Haut ziemlich straff ist, und auf der entsprechenden Kopfseite eine Anzahl heller, von Haaren entblösster glatter Scheiben bemerkt wurden. Da die Sklerodermie von vielen, besonders von Schwimmer für eine Trophoneurose gehalten wird, es sich ferner bei halbseitiger Gesichtsatrophie um eine Neuritis interstitialis prolifera handelte, und auch bei der Alopecia areata — wenn auch die bisher bekannten Versuche keine vollgiltigen Beweise liefern — die Ansicht der trophoneurotischen Natur sich immer stärker geltend macht — so glaubt Verfasser in diesem Falle eine gemeinsame Ursache der Affectionen — eine Neuritis benachbarter peripherer trophischer Nerven annehmen zu können. In der Literatur existirt nur noch ein ähnlicher Fall von Gibney (Archives of Dermatology). Gerber.

Fleiner (7). Es handelte sich um einen 44jährigen Mann, der am Gesicht, Rumpf, Ober- und Unterextremitäten hellbraune bis tiefschwarze Pigmentirungen darbot, als deren Grund sich ein Morbus Addisonii (bedingt durch ein Carcinom der linken Nebenniere, wie später die Obduction zeigte) und eine Pityriasis versicolor, wie mikroskopisch nachgewiesen wurde, ergab.
Gerber.

Joseph (8) beobachtete bei einem 22jährigen Mann einen mit starkem Haarwuchs bedeckten grossen Naevus, der sich über den Bauch, den unteren Theil des Rückens, das Gesäss, den rechten und einen Theil des linken Oberschenkels ausbreitete, so dass die Grösse desselben rechts von aussen 65 Ctm., rechts hinten 63 Ctm., links von aussen 45 Ctm., links hinten 43 Ctm. betrug. Am übrigen Körper waren etwa weitere 40, zum Theil pigmentirte, zum Theil auch behaarte Naevi von Zehnpfennig- bis Markstückgrösse, sowie 3 Vitiligoflecke vorhanden. Heredität war nicht nachzuweisen. Zusammenhang mit dem Ausbreitungsbezirk eines oder mehrerer Nerven bestand nicht; die Haare verliefen, wie man beim Anfeuchten sehen konnte, in den bekannten Eschricht-Voigt'schen Richtungslinien.
O. Rosenthal.

Mit dem Namen Angiokeratom bezeichnet Mibelli (9) kleine, im Mittel hanfkorngrosse Geschwülste, welche er an den Fingern und Zehen eines vierzehnjährigen Mädchens zu beobachten Gelegenheit hatte. Die kleinen Tumoren waren scharf umschrieben, von horniger Beschaffenheit mit runzeliger oder stacheliger Oberfläche und hatten eine bleigraue, hie und da ins Violette oder ins Dunkelrothe spielende Farbe. Zerstreut zwischen ihnen fanden sich dunkelrothe, hirsekorngrosse, im Centrum intensiver gefärbte Flecke. Die Epidermis war entsprechend diesen Flecken derb, fast hornartig, aber ohne jede Spur von Schuppenbildung. Unter dem Fingerdruck verlor sich die beschriebene Färbung der Tumoren und Flecke, um beim Nachlassen des Druckes sofort wiederzukehren. Die Affection bestand seit fünf Jahren. Aus dem klinischen Bilde und aus der histologischen Structur der exstirpirten Geschwülste und Flecke folgert Mibelli, dass es sich im vorliegenden Falle um eine Combination von Keratomen mit cavernösen Angiomen gehandelt habe. Schon das makroskopische Bild der einzelnen Läsionen, hauptsächlich ihre hornartige Härte, welche schon in den flachen Formen sehr deutlich war, vor Allem aber die mikroskopisch nachgewiesene beträchtliche Hypertrophie der Hornschicht der Epidermis, welche namentlich ihre basale Zone betraf, wie nicht minder eine ebenso deutliche Hyperplasie der Körnerschicht stimmten mit dem Befunde überein, welchen man bei der gewöhnlichsten Form des Keratoms, bei der vulgären Warze antrifft. Die angiomatöse Natur der kleinen Geschwülste resultirte nach Mibelli aus dem histologischen Bilde der mittleren und oberen Partien der Cutis, welche sich als ein cavernöses Gewebe präsentirten, zusammengesetzt aus weiten Hohlräumen von verschiedener Form, welche mit normalen Blutkörperchen erfüllt, mit Bindegewebszellen ausgekleidet und durch bindegewebige Septa von einander getrennt waren, welche unter Mitbetheiligung von verlängerten Retezapfen ein Balkensystem bildeten. Die Papillargefässe waren in hohem Grade dilatirt, desgleichen die Lymphräume der Cutis. Klinisch kann nach der Annahme Mibelli's der Entwickelungsgang des Krankheitsprocesses so gedeutet werden, dass eine persistirende Verlangsamung der peripheren Circulation in den Händen — dieselbe gab sich im vorliegenden Falle durch Kälte und cyanotische Färbung der Finger, sowie durch Frostbeulen kund — eine Erweiterung der Lymphräume der Cutis und in weiterer Folge auch der Blutcapillaren provocirt habe, woraus der Austritt von Blutkörperchen aus

den Gefässen und ihr Uebertritt in die Lymphräume resultirte. Die Hypertrophie der Hornschicht der Epidermis müsse als ein Folgezustand der Gefässläsionen aufgefasst werden, wenn man sich auch bezüglich des dabei stattgehabten Vorganges nur in Vermuthungen ergehen könne. Man könne annehmen, dass eine Verlangsamung der Circulation eine Vermehrung der Nährsäfte in den Epidermiszellen bedinge, dass aber zugleich der Gasaustausch in ihnen, mithin aber auch die Sauerstoffzufuhr, eine Verminderung erfahre. Dadurch würden die Epidermiszellen unter Bedingungen gesetzt, die den Verhornungsprocess begünstigen, Bedingungen, die jenen analog wären, welche wir künstlich durch die Application reducirender Mittel auf die erkrankte Haut herbeiführen. Dornig.

Landerer (10) schlägt vor, dass bei kleinen cystischen Geschwülsten, bei denen man sich aus irgend welchen Gründen nicht zur Exstirpation entschliessen will, Injectionen von 0·1%iger Chlorzinklösung zu machen. Ohne vorherige Cocaïninjection spritzt er je nach der Grösse der Geschwulst 0·2—1·5 Ccm. der Lösung ein, und sah er, ohne nennenswerthe Reactionserscheinungen, bisher 5 Ganglien 3 Fälle von Hygroma praepatellare, 1 Hydrocele und 1 Ranula im Laufe von 4—5 Wochen gänzlich heilen.
Gerber.

Levin (11). Ein 24jähriger Neger litt an hartnäckigen syphilitischen Ulcerationen. Die Heilung, durch wiederholte Jodkali- und Hg-Curen bewirkt, erfolgte unter Bildung grosser, tiefschwarzer Keloide. Nach fortgesetztem Gebrauch von Mercur involvirten sich die Keloide zum Theil. Levin meint, dass Keloide sich stets aus Narben entwickeln, bei einer Disposition, die selbst hereditär sein könne. Syphilitische Keloide sind ausserordentlich selten. Die Wirksamkeit der Medicamente wird so erklärt, dass dieselben die Basis des Keloides zum Schwinden brächten; die Basis besitzt aber Spindelzellen, Kerne, auch Gefässe und ist deshalb durch Medicamente zu beeinflussen, während das harte, feste Gewebe der Keloide selbst, nicht mehr angreifbar ist. So widerstehen abgekapselte, intacte Gummiknoten jeder Therapie, während sie, im eiterigen Zerfall begriffen, der Therapie durchaus zugängig sind. Die schwarze Farbe der Keloide rührt von der der Vernarbung vorausgehenden Hyperämie her, denn das Pigment entstammt direct dem Blut.

Der Fall Stukowenkow (12) betraf eine 26jährige Jüdin, bei welcher die ganze Hautfläche, vorn von der Clavicula bis zum unteren Drittel der Oberschenkel, hinten vom Halse bis zur Hälfte der Hinterbacken von der Affection bedeckt wurde. Die mikroskopische Untersuchung weist mit Granulationselementen durchsetzte Hautinfiltration, Wucherung der Epithelien tief ins Corium hinein und Verödung der Haarbälge und Hautdrüsen. In dem afficirten Hautgewebe fand man drei Arten von Bacterien- und Coccencolonien. Die näheren Details über dieselben fehlen, da bis jetzt die bacterioskopischen Untersuchungen noch nicht beendet sind.
Szadek.

Joseph M. (13) beobachtete einen 68jährigen Schlosser mit Pseudoleukämie. Derselbe zeigte enorme Drüsenpackete in den Achseln, Leisten und am Halse, ohne eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen. Zugleich waren am ganzen Körper zerstreute, im Corium sitzende, derbe Knötchen — denjenigen der Prurigo am ähnlichsten — vorhanden, die sich zum ersten Mal ein Jahr nach der Drüsenerkrankung gezeigt hatten und sich in häufigen Schüben unter unerträglichem Jucken erneuerten. Der Patient ging in der Charité an einer acuten hämorrhagischen Nephritis zu Grunde, wo die Diagnose verificirt, aber eine mikroskopische Untersuchung der Hautknötchen nicht vorgenommen wurde. Joseph bringt

die Hautaffection, ähnlich den bei wahrer Leukämie von Biesiadecki, Kaposi, Hochsinger, Schiff etc. beschriebenen Fällen mit der Pseudoleukämie in Verbindung und ist, auf Grund einiger Präparate, der Ansicht, dass es sich auch in der Haut um eine typische Lymphombildung handelt. Mit der Prurigo Hebra haben diese Knötchen aber keinen Zusammenhang, wie E. Wagner in drei von ihm beschriebenen Fällen von lymphatischer Anämie vermuthet hatte. Auch scheint ein Unterschied zwischen diesen und den bei echter Leukämie beschriebenen Hautveränderungen zu bestehen, die sich mehr als Eczeme dargestellt hatten.

O. Rosenthal.

Levin (14). Aus einem excoriirten Pigmentnaevus der Inguinalgegend einer 28jährigen, nicht belasteten Frau entstand eine wallnussgrosse Geschwulst mit geschwüriger Oberfläche, die durch mikroskopische Untersuchung als Pigmentsarkom festgestellt wurde. Ausserdem in der Haut zahlreiche kleinere Tumoren, die an Cysticerken erinnerten. H. Stern.

Abber R. Extens. naevus. Med. Record, New-York 1889. — **Abramovitsch** A. Trichorhexis nodosa. Russk. Med., St. Petersburg 1888. — **Anitschkoff-Platanoff.** Sklerodermie. Russk. Med., St. Petersburg 1888. — **Biss.** Skleroderma circumscriptum. Med. Press et Circ., London 1888. — **Brigidi** D. Xeroderma pigmentos. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle, Milano 1888. — **Carpenter** Julia W. Pruritus senil. geheilt durch den farad. Strom. Cincinn. Lanc. Clinic 1888. — **Celerian** D. Sklerodermie, hydropathisch und elektrisch behandelt. Rev. esp. de oftal. etc., Madrid 1888. — **Coutiand** B. Einseitige Hautaffection nervöser Natur (Papilloma neur.). Chin. Med. Miss. Journ., Shanghai 1887. — **Crocker** de R. Symmetrisch angeordnete Comedonen. Lanc., London 1888. — **Darier** J. Flache Warzen des Gesichtes. Ann. de derm. et de syph. 1888. — **Dell'Orto** J. Melasma partiale. New-Orleans, Med. and Surg. Journ. 1888—1889. — **Durand** J. M. Nagelaffection. Journ. de méd. de Bordeaux 1888—1889. — **Fox** T. C. Xeroderma pigmentosa. Illustr. Med. News, London 1888. — **Geyl.** Wahrnehmungen über Hypertrichose, Biol. Centralbl., Erlangen 1888, 1889. — **Goodfellow** T. A. Elephantiasis. Illustr. Med. News, London 1889. — **Goodhart** J. F. Scleroderma atrophicus generale. Illustr. Med. News, London 1889. — **Gordinier** H. C. Sklerodactylie und diffuses Skleroderma. Americ. Journ. Med. Soc., Philadelphia 1889. — **Hutchinson** J. Eine Form der Kaposi'schen Krankheit. Med. Press et Circ., 1888., London. — **Jamiesson** A. Ein Fall von Knotenhaaren. Med. Press and Circ., London 1888. — **Kraus** L. G. Epitheliom oder Gumma? Internat. klin. Rundschau, Wien 1888. — **Lancial** H. Epitheliom der Schweissdrüsen. Bullet. Soc. anat. chir. de Lille 1887. — **Lanelongue.** Ein Fall von Epitheliom der Hautdrüsen. Leç. de clin. chir., Paris 1888. — **Mackenzie** S. Neuropath. Papillome. Illustr. Med. News, London 1888—1889. — **Martel.** Hypertrophie der Nägel. Rev. internat. d. sc. méd., Paris 1888. — **Money** A. Chron. Sklerom bei Kindern. Lanc., London 1888. — **Mongin.** Ein Fall von Lymphadenom der Haut. Union méd., Reims 1888. — **Montgomery** D. W. Leucoderma. Sacramento Med. Times 1888. — **Parker** D. Ueber Hautepitheliome. Tr. Texas Med. Assoc., Austin 1888. — **Parker** W. R. Eine neue Haarkrankheit. Brit. Med. Journ., London 1888. — **Pennel** G. H. Mollusc. contag. Illustr. Med. News, London 1888—1889. — **Richardson** B. W. Behandlung der Naevi. Asclepiad, London 1888. — **Robinson** A. R. Melanosis der Haut. Tr. Intern. Med. Congress, Washington 1887. — **Rodigruez** J. M. Ein Fall von partieller Melanosis. Gaz. méd., Mexico 1888. — **Stelwagon** H. W. Molluscum contagium. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. New-York 1889. — **Sutton** J. B. Cornua cutan. Illustr. Med. News, London

1889. — **Thin** G. Gruppirte Comedonen. Lanc., London 1888. — **Wende** E. Behandlung von Xanthomen mittelst Elektrolyse. Med. Press. West, New-York 1888. — **Wetherell** J. A. Symmetrisch angeordnete Comedonen Lancet, London 1889.

Parasiten und parasitäre Affectionen.

1. **Barduzzi.** Roseola pitiriaca (Pityriasis rosea di Gibert). — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 1.
2. **Mazza.** Di una forma rara di tricophitiasis. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 2.
3. **Tommasoli.** Di una nuova forma di sicosi (sicosi bacillogena). — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, 2.
4. **Tilanus.** C. B. Ueber einen Fall von Actinomycosis cutis faciei. — Münchner med. Wochenschr. 1889, Nr. 31.
5. **Leser.** Klinischer Beitrag zur Aktinomykose des Menschen. — Centralbl. f. Chir. 1889, Nr. 29, Beilage.

Barduzzi (1) stellt auf Grund einer Reihe von ihm beobachteter Fälle von Pityriasis rosea den Satz auf, dass die von Gibert unter dem Namen Pityriasis rosea als eine Varietät der Pityriasis rubra beschriebene Dermatose mit letzterer in keinem Rapport stehe, dass sie vielmehr als eine Krankheit sui generis und zwar als ein Pseudo-Exanthem (?) angesehen werden müsse, für welches er den Namen Roseola pityriaca vorschlägt. Die diese Dermatose begleitende kleienförmige Abschuppung, auf Grund welcher sie unter die pityriatischen Formen eingereiht wurde, sei secundärer Natur; der cyklische Verlauf und das klinische Bild, welches die Affection in ihren einzelnen Phasen bietet, scheiden sie ziemlich scharf von allen jenen Dermatosen, mit welchen sie bisher zusammengeworfen wurde. Dass Barduzzi auch jeden Zusammenhang der Pityriasis rosea mit dem Herpes tonsurans maculosus leugnet, ist nach dem eben Gesagten selbstverständlich. Das Krankheitsbild, welches er von der Pityriasis rosea entwirft, entspricht den bekannten Schilderungen von Duhring, Weyl u. A. Von der parasitären Natur dieser Dermatose konnte sich Barduzzi nicht überzeugen, obwohl er es an diesbezüglichen Untersuchungen nicht fehlen liess.[1]

Mazza's (2) Abhandlung hat eine, wenn auch einzelnen Autoren nicht unbekannte, so doch bisher selten beobachtete Form des Herpes tonsurans capillitii, nämlich die Trichophytiasis disseminata zum Gegenstande. Diese Form, welche sowohl allein für sich bestehen, als auch mit der unter dem Namen Pseudo-Area beschriebenen, ebenfalls nicht häufigen Varietät der Trichophytiasis combinirt sein kann, ist dadurch gekennzeichnet, dass die von Pilzelementen durchsetzten Haarstümpfe mehr weniger über den ganzen Haarboden zerstreut, einzeln zwischen gesunden Haaren liegen. Die mit Gonidien besäeten Haarstümmel präsentiren sich als schwarze, mitten aus einem Epidermisschüppchen hervorragende kleine Punkte. Oft sind sie unförmlich, S-förmig gekrümmt und adhäriren fest an den Epidermisschuppen. Ihre Wurzelscheiden enthalten ebenfalls einzelne Pilzsporen. Nur durch eine sehr sorgfältige Untersuchung lassen sich die disseminirt erkrankten Haare auffinden. Die Diffusion der Er-

[1]) Der Nachweis des Trichophyton, die Ursache der öfteren Schwierigkeiten dieses Nachweises und dass diese Hautkrankheit einen Herpes tonsurans darstellt, erhellt wohl aus der Darstellung von Kaposi, Vorles. über Pathol. u. Therap. der Hautkrankh. 3. Aufl., pag. 916 u. Fig. 64 pag. 919. Red.

krankung bedingt neben der schweren Auffindbarkeit der afficirten Haare die Hartnäckigkeit dieser Form, die in umgekehrtem Verhältniss steht zu der Objectivität der Erscheinungen. Mazza beobachtete die Trichophytiasis disseminata in fünf Fällen, deren ausführliche Krankengeschichten er mittheilt. Therapeutisch erzielte er mit der elektrischen Kataphorese nicht sehr günstige Erfolge; am besten bewährte sich ihm die Epilation in Verbindung mit der Anwendung parasiticider Mittel. Resumé: 1. Die Trichophytiasis disseminata kann sich mit der sogenannten Pseudo-Area compliciren oder sofort als solche auftreten. 2. Dem geübten unbewaffneten Auge genügt die Entdeckung von an der Austrittsstelle aus dem Haarfollikel abgebrochenen Haaren, um mit Sicherheit und ungesäumt an die mikroskopische Untersuchung dieser Haarfragmente schreiten zu können. 3. Wenn auch zugegeben werden muss, dass eine mässige Entzündung die Entfernung des Parasiten begünstigen könne, indem sie die Proliferation der histologischen Elemente und damit auch ihre Abstossung und gleichzeitig die Eliminirung des Parasiten bewirkt, so lässt sich andererseits nicht leugnen, dass die Wirkungen der Entzündung in umgekehrtem Verhältniss stehen zu der Ausbreitung und zu der Tiefe der Erkrankung, man müsste denn eine intensive Entzündung erregen, deren schädliche Folgen weit über den Effect, den man erzielen will, hinausgehen würden. 4. Die zweckmässigste Behandlung besteht in der mechanischen Entfernung der Haare indem diese den üppigsten Boden für die Ausbreitung des Parasiten abgeben. Die Epilation muss von einer entsprechenden Desinfection begleitet sein, damit eine Autoinoculation, welche gerade bei der Epilation leicht stattfinden kann, verhindert werde. 5. Die Studien über die elektrische Kataphorese verdienen fortgesetzt zu werden, wenn auch diese Methode vorläufig gegenüber den anderen bisher geübten keine besonderen Vortheile zu bieten scheint. 6. Da es sich um eine Krankheitsform handelt, deren Hartnäckigkeit verkehrt proportional ist den objectiven und subjectiven Erscheinungen, welche bei den übrigen Abarten der Trichophytiasis beobachtet werden, ist ohne eine genaue, mit Zuhilfenahme einer Loupe ausgeführte Untersuchung der Kopfhaut ein Uebersehen der Affection sehr leicht möglich. Dornig,

Tommasoli (3) beobachtete in Unna's dermatologischem Institut in Hamburg einen Fall von Sykosis, welcher dadurch ausgezeichnet war, dass die Haut an den afficirten Stellen eine eigenthümlich braunrothe Färbung zeigte, welche mit der relativen Geringfügigkeit der Pusteleruption contrastirte. Grössere entzündliche Knoten fehlten. Tommasoli versenkte einige aus dem erkrankten Gebiete ausgezogene Haare in Gelatineröhrchen, die er sodann auf Platten goss. Nach 4 Tagen begann auf diesen die Entwickelung von unzähligen gleichartigen weissen Colonien, die ausschliesslich aus Bacillen bestanden. Der Bacillus ist kurz, geradlinig, mit abgerundeten Ecken. Auf Kartoffeln entwickelt er sich üppig, ebenso in Fleischbouillon, sehr langsam dagegen auf Agar-Agar. Die Colonien auf Kartoffeln, sowie alte Plattenculturen entwickeln einen intensiven unangenehmen Geruch. Durch Impfungen mit reiner Bacillencultur, erzeugte Tommasoli an sich selbst (Vorderarm und Oberschenkel) kleine papulöse Efflorescenzen und Bläschen, deren Centrum jedesmal ein Haar bildete, und deren Umgebung in der Grösse eines Zwanzigpfennigstückes geröthet war. Am folgenden Tage hatten sich die Bläschen in kleine Pusteln verwandelt. Mit den aus einzelnen Pusteln ausgezogenen Haaren legte Tommasoli Plattenculturen an und erhielt ganz reine Bacillen-Colonien. Damit glaubt er den Beweis erbracht zu haben, dass der von ihm gezüchtete Bacillus pathophor ist und genau dieselbe Hautkrankheit erzeugt, welche klinisch als eine Sykose beobachtet wird. Zur Lösung der Frage, ob sein Bacillus

auch die Ursache der Pustelbildung sei, impfte er Culturen, die er mit aus seinen Impfbläschen ausgezogenen Haaren erhalten hatte, auf den Rücken eines Kaninchens. Die mit dem eiterigen Inhalt der Pusteln, welche sich hier entwickelt hatten, gemachten Culturen zeigten die Reinculturen seines Bacillus. Daraus folgert nun Tommasoli, dass sein Bacillus, den er Bacillus sycosiferus foetidus nennt, auch pyogene Eigenschaften entwickelt. Der Verdacht, dass dieser Bacillus mit dem Bacillus parvus ovatus Löffler identisch sei, wurde durch subcutane Impfversuche bei einem Kaninchen beseitigt. Tommasoli resumirt aus seiner Arbeit, dass zu den beiden von Unna als hyphogene und coccogene unterschiedenen Sykosisformen nun eine dritte Art, die bacillogene hinzukommt, die, wenn sie auch klinisch der coccogenen nahekommt, sich doch in einzelnen Punkten von derselben unterscheidet, weshalb die Aufstellung einer eigenen Art gerechtfertigt sei. Dornig.

Im Vereine mit seinem Vater behandelte Tilanus (4) eine 22 Jahre alte Patientin die bei der ersten Untersuchung folgenden Status darbot: die rechte Gesichtshälfte zeigt oberflächliche, schwach secernirende Geschwüre; infiltrirte, rothe Stellen die leicht fluctuiren; dazwischen gesunde Hautpartien. Am Halse eine grössere fluctuirende Geschwulst. Die Sonde dringt in die Geschwüre ein, und lässt sie als Fistelgänge erscheinen. In der Mundhöhle nur schwache oberflächliche Exulceration auf der Wangenschleimhaut. Beinahe alle Zähne cariös. Die Differentialdiagnose war gegen Carcinom, Tuberculose und Lues zu machen. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters liess keinen Zweifel bezüglich der Diagnose aufkommen. Die Therapie bestand in gründlicher Excochleation aller Infiltrate und Hohlgänge und in Anwendung antiseptischer Verbandmittel. Vollkommene Heilung. Horovitz.

Leser (5) berichtet über drei Fälle von primärer Hautaktinomykose, welche durch chirurgische Eingriffe geheilt wurden. Das klinische Bild der Erkrankung ist ein verschiedenartiges. Entweder finden sich unregelmässige Ulcerationen, die central strahlig vernarben und peripher sich allmälig ausbreiten, oder multiple directe knötchenartige Eruptionen, welche beide sowohl in die Fläche wie in die Tiefe langsam fortschreiten und schliesslich zu einer brettharten Infiltration der Haut führen. Bei beiden Formen handelt es sich nach Verfasser um eine Neubildung und Zerfall von Granulationsgewebe mit Einlagerung der bekannten Aktinomycesdrüsen. Das Auffinden des letzteren bietet wegen ihres spärlichen Vorkommens und ihrer unvollkommenen Ausbildung gewisse Schwierigkeiten. Bei oberflächlicher Betrachtung erscheint das klinische Bild sehr ähnlich dem Lupus; doch unterscheidet es sich von diesem durch das unbegrenzte Eindringen in die Tiefe, selbst bis in die Knochen. Die Lymphdrüsen sind nie ergriffen. Die Erkrankung verläuft meist subacut oder chronisch. Bisweilen jedoch stellt sie sich als acuter schnell fortschreitender, mit Sepsis verbundener, phlegmonöser Entzündungsprocess dar, welcher wohl als Mischinfection mit Aktinomyces und Entzündungserregern zu denken ist. Ortmann.

Ambrosi A. Favus, geheilt durch elektrisch-kataphorische Wirkung. Raccoglitore med. Forli 1888. — **Besnier** E. Massnahmen gegen die Alopecia areata. Trib. méd., Paris 1888. — **Cantnell** J. A. Elektrolyse bei Herpes tonsurans. Policlin. Philadelphia 1888. — **Colin** L. Alopecia areata im Militärbezirke von Paris. Arch. de méd. et pharm. mil., Paris 1888. — **Juhel-Rénoy** E. Ueber knotige Trichomykosis. Ann. de derm., Paris 1888. — **Kazanli** A. Alopecia areata. Wratsch. St. Petersburg 1888. — **Mibelli** V. Behandlung des Favus. Bollett. scienze, Siena 1888. — **Thin** G. Experimentelle Untersuchungen über Trichophyton tons. Brit. Med. Journ. 1889.

V.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** in Breslau.)

Varia.

1. **Di Bella.** Statistica e Relazione sanitaria del secondo Dispensario Celtico di Palermo. — Palermo, Tipografia editrice Tempo, 1889.
2. **Prince A. Morrow.** Letter from the Editor. Matters of dermatological interest in Mexico and California. — Journ. of ven. and gen.-urin. dis. April 1889.
3. **Leloir H.** L'épidémie de vaccine chancriforme de La Motte-au-Bois (Nord). — Sa nature.
4. **O'Neill** William. Hair passed in the urine. — Lancet. 14. September 1889.
5. **Salter.** A case of enuresis of long duration rapidly cured with belladonna. — Lancet, 23. November 1869.
6. **Watson** (Boston). The operative treatment of hypertrophy of the prostate. — Journ. of cut. and ven. dis. VI. 1888.
7. **Sée** et **Laplique.** Comment l'iodure de potassium agit sur le coeur. — La semaine med. 1889, Nr. 43.
8. **Stewart** R. W. The Urethrograph. A new instrument for the examination of the urethra. — New-York Med. Journ., 21. September 1889.
9. **Tilden-Brown** F. A new urethral speculum. — Journ. of cut. and ven. dis. Nr. 5, 1888.

Aus Di Bella's (1) statistischem Berichte entnehmen wir, dass im zweiten „Dispensario Celtico" (staatliche Ordinationsanstalt für Geschlechtskranke) in Palermo in den Monaten October, November und December 1888 90 weibliche Individuen, darunter 53 Prostituirte, ärztlich untersucht, respective behandelt wurden. Unter diesen 90 Weibern wurden 18, sämmtlich Prostituirte, gesund befunden, 10, darunter 5 Prostituirte, litten an nicht venerischen Genitalaffectionen, 33, darunter 25 Prostituirte, an venerischen Erkrankungen und 29, davon 5 Prostituirte, an constitutioneller Syphilis. Aus den angeführten Zahlen resultirt, wie dies Di Bella ausdrücklich hervorhebt, die sehr geringe Inanspruchnahme des Dispensario Seitens der weiblichen Kranken überhaupt und der Prostituirten insbesondere. Wenn man berücksichtigt, dass das jetzt aufgehobene „Sifilicomio" von Palermo im Durchschnitt täglich 80—90 kranke Prostituirte beherbergte, so ist man Angesichts der oben angeführten sehr bescheidenen Ziffern zu der Annahme berechtigt, dass jene Patientinnen, welche im Dispensario Celtico ärztliche Hilfe suchten, nur einen geringen Bruchtheil sämmtlicher geschlechtskranker

Weiber von Palermo ausmachen können. Offenbar meiden die nicht Prostituirten das Dispensario aus Furcht, daselbst mit den Prostituirten in Berührung zu kommen, während es Letzteren an gutem Willen fehlt, sich überhaupt untersuchen und behandeln zu lassen, wenn sie nicht dazu gezwungen werden. Dornig.

Morrow (2) hebt besonders das häufige Vorkommen von Ulcera mollia in Mexiko hervor. Syphilis verläuft gewöhnlich sehr leicht; jedoch lassen die Sklerosen häufig die Disposition zu elephantiastischen Bildungen zurück. Tertiärerscheinungen sind selten. Therapeutisch verwendet man Mercur und Jodkali. Von subcutanen Hg-Injectionen hält man nicht viel. Gonorrhöe wird als Krankheit dem Schnupfen gleichgeachtet und gibt keine Veranlassung zur Verheimlichung vor anderen Familienmitgliedern.
Ledermann.

Leloir (3) beschreibt eine im August in dem Dorfe La Motte-au-Bois nach der Impfung aufgetretene Epidemie, die Anfangs für Syphilis gehalten wurde und einen diesbezüglichen Bericht Seitens Hervieux veranlasste. Nach einer ausführlichen Beschreibung der beobachteten Geschwüre gibt Leloir zu, dass auch er zu jener Zeit geneigt war, dieselben für die ersten Manifestationen einer durch die Impfung übertragenen Syphilis zu halten; die Form der Ulcerationen, ihre mehr oder weniger indurirte Umgebung, die bedeutende, schmerzlose, circumscripte Anschwellung der zugehörigen Cubital- und Axillardrüsen, der Umstand, dass durch Berührung mit dem Eiter bei einer jungen Frau ein ganz ähnliches Geschwür am äusseren Augenwinkel entstanden war, schienen für diese Diagnose zu sprechen, wiewohl bei dem gemeinschaftlichen Stammimpfling keine Spur von Syphilis nachzuweisen war. Dazu kam, dass gegen die Annahme eines geschwürigen Impfexanthems die gesunde Constitution der Kinder, ihre ländliche Umgebung, ihr Alter und die Anwendung menschlicher Lymphe sprach. Trotzdem schwankte Leloir, ob er die Erkrankung für Syphilis halten sollte, weil ihm Manches mit dieser Diagnose nicht zu stimmen schien. Die Multiplicität der Geschwüre, ihre grosse Ausbreitung in verhältnissmässig kurzer Zeit, die sehr intensiven Entzündungserscheinungen, die profuse Eiterung und schliesslich die kurze Incubationszeit. Er hielt es deshalb für rathsam, auf constitutionelle Symptome zu warten, ehe man sich mit Sicherheit entschied und besonders durch eine Veröffentlichung die ganze Bevölkerung in Aufregung versetzte. In der That waren in keinem einzigen Falle nach 2 Monaten constitutionelle Zeichen zu finden, wiewohl Leloir die betreffenden Kinder die ganze Zeit hindurch zweimal wöchentlich auf das Sorgfältigste untersuchte. Mithin war Syphilis mit Sicherheit auszuschliessen, und es fragt sich nun, wie dieses ulceröse Exanthem aufzufassen sei. Leloir entscheidet diese Frage nicht mit Bestimmtheit, glaubt jedoch, dass es sich um inoculable Eiterungsprocesse in der Haut gehandelt hat, die wahrscheinlich an einen Streptococcus und den Eiterstaphylococcus gebunden sind und sonst manche Aehnlichkeit mit der Impetigo contagiosa darbieten. Zum Schlusse warnt Leloir eindringlich davor, in solchen zweifelhaften Fällen durch eine übereilte Diagnose weite Schichten der Bevölkerung unnöthig in Schrecken zu setzen, anstatt zu warten, ob durch das Eintreten von secundären Symptomen der Verdacht auf Syphilis bestätiget wird.
Bruck.

William O'Neill (4) erzählt von einem Kranken, dessen Urin in mehrwöchentlichen Zwischenräumen einen verschieden starken Blutgehalt und eine deutliche Beimischung von 4—5 Zoll langen hellen Haaren zeigte. Verunreinigungen durch Gefässe wurden sorgfältig ausgeschlossen. Der Urin war klar, neigte zur Alkalescenz und war je nach dem Blutgehalte eiweiss-

haltig. Rothe und weisse Blutkörper, sowie Epithelzellen waren im Sediment nachweisbar; das Befinden des Kranken war ein im Ganzen gutes zu nennen, nur über Appetitlosigkeit klagte er zuweilen. Behandelt wurde der Kranke mit Tannin, Fol. uv. urs., Acid. nitr. und Strychnin. Plötzlich traten Brechdurchfälle ein, eine Apoplexie kam hinzu, der Kranke starb. Leider konnte eine Obduction nicht vorgenommen werden. William O'Neill glaubt am ehesten, dass ein Papillom der Harnwege hier vorgelegen habe und bringt hiermit die Haarbefunde in Zusammenhang. Friedheim.

Salter (5) erwähnt einen Fall von Enuresis nocturna, die bei einem anscheinend ganz gesunden Menschen von 17 Jahren seit langer Zeit bestand und durch innerliche Darreichung von Extr. Belladonnae und Bromkali schnell gehoben ward. Der Erfolg zeigte sich schon nach 2 Tagen; Salter schloss eine gleiche Behandlung noch 14 weitere Tage an. Diätetisch war die Masse der Flüssigkeitszufuhr beschränkt, Alkohol, Kaffee und Thee waren durchaus verboten worden. Nach Ablauf dieser Zeit lebte der Kranke zwanglos. Die Nachhaltigkeit der Behandlung wurde von Salter noch 6 Wochen später constatirt. Friedheim.

Watson (6) glaubt, dass die Ausdehnungsfähigkeit der Blase zwar die Operatio suprapubica in diesen Fällen möglich macht, dass aber die Operation durch das Perineum weit bessere Chancen bietet.

Sée und Laplique (7) haben Versuche über die Einwirkung des Jodkali auf das Herz bei Hunden gemacht und publiciren sie zugleich mit den Erfahrungen, welche Sée schon seit Jahren über die Vortheile des Präparates bei allen möglichen Herzkrankheiten gemacht hat. Es steigert zuerst die Herzkraft und den Druck, bewirkt weiterhin Dilatation der Arterien und vermindert dadurch die Herzarbeit, zugleich begünstigt es durch die Erweiterung der Coronararterien die Ernährung des Herzmuskels.

Jadassohn.

Das von Stewart (8) „Urethrograph" genannte katheterähnliche Instrument besitzt an seiner Mündung zwei bei der Einführung in die Urethra geschlossene Branchen, die auf Druck an dem Handgriff des Instrumentes so weit auseinandergehen, als es das Kaliber der Harnröhre erlaubt. Auf diese Weise ist es möglich, die normalen und pathologischen Grössenverhältnisse der Urethra zu studiren. Das Mass des Auseinanderweichens der Branchen wird durch einen an dem Handgriff des Instrumentes angebrachten Index auf einer in Zoll und Millimeter getheilten Scala angezeigt. Kurven erläutern die Brauchbarkeit des Instrumentes in anschaulicher Weise.

Ledermann.

Das von Brown (9) angegebene Speculum ist im Wesentlichen dem Fraenkel'schen Nasenspeculum nachgebildet und besteht aus 2 Branchen, die geschlossen in die Harnröhre eingeführt und durch eine aussen befindliche Schraube nach der Einführung von einander entfernt werden. Da die Branchen durchbrochen sind, so gestattet das Instrument eine ausgedehnte Betrachtung der Urethra anterior. Ledermann.

Gonorrhöe und deren Complicationen.

1. **Lewis** Bransford. The principles that shoud guide us in the rational treatment of gonorrhoea. — The Journ. of the Americ. Med. Associat. 12. October 1889.
2. **Sturgis** (New-York). The use of nitrate of silver in the local treatment of chronic urethral discharges. The Amer. association of genito-

urinary surgeons. 17., 18. und 19. September. — Journ. of cut. and ven. dis. VI. 1888.
3. **Mac Munn** James. Carbolic acid and Oil of Peppermint in Gonorrhoea. — The British Med. Journ. 1889, November 16.
4. **Ryan-Tenison** Edward H. The use of Salicylic acid or the salicylates in Gonorrhoea and gleet. — The British Med. Journ. 1889, November 16.
5. **Brewer** George E. The use of bichloride of mercury in gonorrhoea. — Journ. of cut. and ven. dis. Juli 1888.
6. **Delagénière.** Sterilisation des sondes en gomme. Cathétérisme aseptique. Le progrès méd. 1889, Nr. 40.
7. **Bryson.** Der essentielle Factor in der Aetiologie der Strictur und dessen Bedeutung für die radicale Therapie. — Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1889. 8.
8. **Neuberger.** Beitrag zur Lehre von den Polypen der Harnröhre. — Wiener med. Presse. Nr. 22, 23, 1889.
9. **Briggs** F. M. A case of papillomatous urethritis. — Boston Med. and Surg. Journ. 24. October 1889, Vol. CXXI, Nr. 13.
10. **Eversole.** Urethral Vegetation removed by the aid of the endoscope. — St. Louis Policlinic. August 1889.
11. **Lavaux.** Divulsion progressive des rétrécissements de l'urèthre. — La semaine méd. 1889, Nr. 44.
12. **Boisseau du Rocher.** Des rétrécissements de l'urèthre. Traitement par l'électrolyse. — Gaz. méd. de Paris. 1889, Nr. 45.
13. **Dukeman** H. Some consideration on the treatment of gleet and its relations to stricture. — Pacific. Med. Journ. Nr. 10, Vol. XXXII, October 1889.
14. **Rivington.** Stricture of the urethra and its treatment. — Lancet. 14. September 1889.
15. **Klarfeld.** Elektrolytische Zerstörung einer Strictura urethrae in der Pars pendula. — Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1889, X.
16. **Mundé** Paul F. Internal and perineal urethrotomy for strictured urethra. Second operat on the same patient. — The Times and Register. 5. October 1889.
17. **Plasencia.** Internal urethrotomy in Cuba. — Lancet, 9. November 1889.
18. **Otis** (New-York). Resume of an experience of seventeen years with dilating urethrotomy. — Journ. of cut. and ven. dis. VI. 1888, pag. 459.
19. **Englisch.** Ueber Blasenentzündung nach Tripper. — Internat. klin. Rundschau. 1889, Nr. 35 u. ff.
19 a. **Bazy.** De l'hématurie terminale dans la miction. — La semaine méd. 1889, Nr. 46.
20. **Palmer.** Bericht über die Behandlung der Blennorrhöe und blennorrhagischen Cystitis. — Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1889, 8.
21. **Brewer** George E. The Paquelin cautery in acute epididymitis. — Journ. of cut. and gen.-urin. dis. Juli 1888.
22. **Clemens.** Local application of chloroform in epididymitis. — The Med. Record. 28. September 1889.
23. **Buffet.** Du rhumatisme blennorrhagique. — La Normandie méd. 1888.
24. **Horovitz.** Zur Klinik der Samenblasenkrankheiten. — Wiener med. Presse. 1889, Nr. 23, 24.
25. **Ménard.** De la stomatite ulcéro-membraneuse chez les blennorrhagiques. — Ann. de derm. et de syph. 1889, Nr. 8—9.
26. **Huber** Francis. Acute suppurative Peritonitis following vulvo-vaginal catarrh. American paediatric society. 20. und 21. September 1889. — The Med. Record. 12. October 1889.

Der Anschauung huldigend, dass jede rationelle Behandlung der Gonorrhöe zunächst die Vernichtung der Gonococcen, dann die Beseitigung der entzündlichen Erscheinungen der erkrankten Schleimhaut erstreben muss, bedauert Lewis (1), dass keine der bisherigen Behandlungsmethoden, mögen sie nun von diesen oder anderen Anschauungen aus angewendet worden sein, nachhaltige und sichere Erfolge zu verzeichnen gehabt hat, dass jede Anpreisung eines neuen Mittels sich bald als übertrieben herausgestellt hat. Die Ursachen dieser Misserfolge liegen zum grossen Theil in der Neigung der Gonococcen, bald in die tieferen Schleimhautschichten hineinzuwandern, wo ihnen mit Medicamenten wenig beizukommen ist. Alle diejenigen Mittel aber, die wirklich im Stande wären, die Mikroben zu vernichten, haben den Nachtheil, dass sie die Schleimhaut schädigen und unangenehme Folgeerscheinungen nach sich ziehen. Jede rationelle Tripperbehandlung muss daher, nach Lewis, darauf basirt sein, neben möglichst geringer Belästigung des Kranken, neben möglichst geringer Reizung der Schleimhaut die Gonococcen zu vernichten und dann den Restitutionsprocess der Schleimhaut zu begünstigen. Die Behandlungsart, die Lewis vorschlägt, besteht darin, dass im acutesten Stadium einfache alkalinische Flüssigkeiten und Sedativa innerlich gereicht werden, der Penis locale heisse Bäder erhält. Im zweiten und dritten Stadium werden Injectionen von Lanolin, das mit einem nicht reizenden Medicament (am meisten empfiehlt Lewis Borsäure) beschickt ist, mittelst einer vom Verfasser construirten und beschriebenen, im Uebrigen nicht originellen Salbenspritze verabreicht. Im dritten Stadium werden milde Adstringentien dem Lanolin beigemischt. Diese Methode soll besonders wegen der nichtreizenden Eigenschaft des Lanolin gute Erfolge liefern. (Sie ist weder originell, noch erfüllt sie diejenigen Voraussetzungen, die Verfasser am Anfang seines Vortrages entwickelt. Ref.) Ledermann.

Sturgis (2) hat mittelst des Endoskops direct Silbernitrat (6 Gran auf die Unze) auf die erkrankten Partien der Urethra mit befriedigendem Erfolge applicirt. Die Granulationen wurden blasser und verschwanden schliesslich. Ledermann.

Mac Munn (3) empfiehlt die innerliche Anwendung von Carbolsäure und Pfefferminzöl gegen Gonorrhöe, da beide antiseptisch wirken und nachweislich mit dem Harn ausgeschieden wurden. In anderen Fällen sah Munn auch nach innerlichen Gaben von Salicyl Erfolge. Genauere Angaben über die Dosirung und die Art des Erfolges fehlen. Galewsky.

Ryan-Tenison (4) beschreibt einen Fall von Gonorrhöe mit beginnender Epididymitis, welche nach 14tägigen innerlichen Gaben von salicylsaurem Natrium (gr. XV, ad ℥ 1) und Injectionen von Kalium permanganicum (gr. X, ad ℥ 1) abheilten. Auch in einem anderen Falle, der Argentumbehandlung, Thallin etc. widerstanden hatte, sah Tenison nach Salicylgaben „vollständige Heilung“. Galewsky.

Brewer (5) heilt in wenigen Wochen specifische und nicht specifische Urethritiden durch continuirliche Irrigationen und heisse Retrojectionen von milden Sublimatlösungen. Auch soll sich die Zahl der Complicationen bei dieser Behandlung beträchtlich verringern. Ledermann.

Delagénière (6) empfiehlt Gummibougies und weiche Katheter, die ja bekanntlich ausserordentlich schwer zu desinficiren sind, dadurch steril zu halten, dass sie in Glastuben mehrere Tage hintereinander immer nur kurze Zeit hindurch auf 100° erhitzt und in diesen Tuben bis zum

Gebrauch aufbewahrt werden. Die Instrumente vertragen diese Sterilisation sehr gut und sind immer steril zur Benutzung vorräthig. Jadassohn.

Bryson (7) geht von der Ansicht aus, dass die Stricturbildung nicht sowohl die Folge narbiger Retraction sei, als die Folge davon, dass das Eindringen von Urin in „leckgewordene" Schleimhautstellen reize und dadurch einen chronischen Entzündungsprocess erzeuge. Die Strictur ist also nicht eine Narbe, die einmal gebildet, die Tendenz zur permanenten Zusammenziehung habe, sondern das Resultat „chronischer, stringirender Periurethritis". Ableitung des Urins von der kranken Stelle genüge zur radicalen Heilung derselben. Diese Ableitung durch einen „künstlichen Canal" empfiehlt Verfasser, ohne auf nähere Details einzugehen,

Finger.

Neuberger (8) weist auf das nicht gar seltene Vorkommen von polypösen Neubildungen in der Harnröhre hin, hebt sodann die Bedeutung des Endoskops für die Diagnose dieser Fälle hervor unter besonderer Betonung, dass das Grünfeld'sche Endoskop durchaus zur Untersuchung genügt, um dann zu einem Falle überzugehen, den er auf der Abtheilung für Endoskopie von Dr. Grünfeld in der Wiener allgemeinen Poliklinik zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelt sich um einen 32jährigen Mann, der vor 5 Jahren zum ersten Male gonorrhoisch inficirt, seitdem wiederholt Gonorrhöen acquirirt hat. Gelegentlich einer endoskopischen Untersuchung wurde ein Polyp in der Pars membranacea etwa 0·5 Ctm. vom Bulbus entfernt gefunden. Derselbe wurde von Grünfeld mittelst seines Polypenschlingenschnürers abgetragen, worauf sich auch die Fäden im Urin, sowie die Schmerzen beim Uriniren, die vorher bestanden, verminderten. Mikroskopisch erwies sich die Neubildung als aus einem Bindegewebsstroma bestehend, in das zahlreiche Blutgefässe eingebettet waren. Gegen die Spitze ein reichliches Rundzelleninfiltrat, das Epithel ist Pflasterepithel, Papillen fehlen durchaus. Verfasser bespricht hierauf die Aetiologie der Polypen und meint, dass bei der Mehrzahl eine chronische Gonorrhöe die Entstehungsursache abgebe; doch sei dies nicht immer der Fall. Ueber den Lieblingssitz der Polypen ist eine Einigkeit unter den Autoren nicht vorhanden: Grünfeld verlegt ihn in die Pars anterior in die Nähe des Orificium externum, Oberländer sieht den mittleren Theil der anterior als den Hauptsitz an, und eine Reihe von Veröffentlichungen betrifft Fälle, in denen der Polyp in der posterior sass. Betreffs der Zahl in welcher die Polypen bei einem Individuum vorkommen, herrscht ebenfalls Meinungsverschiedenheit, Grünfeld's Beobachtungen lassen schliessen, dass die Polypen vereinzelt vorkommen, Oberländer nimmt an, dass sie mit Vorliebe mehrfach auftreten. Die Beschwerden, welche die Polypen verursachen, sind häufig unbedeutende, bisweilen führen sie zu Störungen in der Harnentleerung, stricturähnlichen Symptomen, auch können sie Pollutionen im Gefolge haben. Den Polypen der weiblichen Harnröhre, die ihren Sitz zumeist am Orificium externum haben und gewöhnlich vereinzelt vorkommen, kommt eine hochgradige Schmerzhaftigkeit zu. Pathologisch-anatomisch bemerkt Verfasser, dass, soweit die bis jetzt vorliegenden mikroskopischen Befunde der sogenannten Polypen schliessen lassen, die Mehrzahl derselben Papillome sind, dass aber unzweifelhaft, und das beweist der beschriebene Fall, auch wahre Polypen auf der Urethralschleimhaut vorkommen.

Stein.

Ein 25jähriger, unverheirateter Mann bekam, wie Briggs (9) berichtet, nach jedem Coitus einen purulenten, profusen Ausfluss mit mässigen Entzündungserscheinungen, der nach wenigen Injectionen von Kalium permanganicum bald sistirte, um bei dem nächsten Coitus wieder zu erscheinen.

Gegen Gonorrhöe sprach das ganze klinische Verhalten des Krankheitsbildes. Die Untersuchung mit der Sonde ergab, ebenso wie das subjective Gefühl des Kranken, das Vorhandensein von Verengerungen im vorderen Theil der Harnröhre. Der Bulbus der Sonde glitt eine kurze Strecke leicht vorwärts, wurde dann angehalten, passirte dann wieder die verengte Stelle, um später wiederum angehalten zu werden. Eine Sondenbehandlungscur zur Dilatation hatte keinen Erfolg. Einige Zeit später ergab die endoskopische Untersuchung das Vorhandensein papillomatöser Wucherungen in der Urethra, welche in einer Strecke von 5 Zoll förmlich damit besät war. Die Entfernung gelang durch Combination des Curettements und der Oberländer'schen Tamponmethode (beschrieben in Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1887, pag. 1077, 4. Heft, 2. Hälfte). Ledermann.

Eversole (10) berichtet über einen Fall von Strictur, die, wie die Endoskopie ergab, durch ein Papillom in der Urethra hervorgerufen war. Verfasser weist auf den Werth der Endoskopie in derartigen Fällen für Diagnose und Therapie hin und empfiehlt zur Einführung des Endoskops die Anwendung von Cocaïn. Galewsky.

Lavaux (11) bedient sich in den Fällen von Strictur, in denen die allmälige Erweiterung kein ausreichendes Resultat gibt, eines hohlen Béniqué-Bougies mit einer „Bougie conductrice" und rühmt die ausgezeichneten und schnell eintretenden Resultate, welche er mit dieser Behandlung erzielt hat. Jadassohn.

Boisseau du Rocher (12) hat mit der linearen Elektrolyse, mit der Elektrolyse vermittelst Olive wenig gute Erfolge gesehen. Er empfiehlt in hartnäckigen Fällen, in welchen man mit den gewöhnlichen Mitteln der Dilatation nichts erreicht, einen von ihm erfundenen Elektrolyseur, dessen Olive aus zwei mit ihren Basen aneinander stossenden Conis besteht, welche mit longitudinalen tiefen Cannelirungen versehen sind. Der Vortheil der conischen Form soll darin bestehen, dass der Contact des vorderen und hinteren Poles der Olive mit den gesunden Geweben vermieden wird. Galewsky.

Die meisten Stricturen der Harnröhre führt Dukeman (13) auf unzweckmässig behandelte Gonorrhöen zurück. Da Stricturen sehr ernste Schädigungen der Kranken veranlassen können, so gibt Verfasser eine genaue Schilderung des klinischen Verlaufes der chronischen Gonorrhöe und weist zur Feststellung diagnostischer Zweifel auf die Wichtigkeit der endoskopischen Untersuchungsmethode hin. Finden sich dabei röthliche Plaques der Schleimhaut, so empfiehlt er eine mässig starke Argentum nitricum-Lösung direct auf das erkrankte Gebiet mittelst eines Katheters zu appliciren und diese Behandlung alle drei Tage zu wiederholen. In der Zwischenzeit lässt er die Harnröhre mit einer milden antiseptischen Lösung ausspülen. Finden sich bei endoskopischer Untersuchung weisse, streifenartige Plaques der Harnröhre, so weist das auf bestehende Strictur hin, eine Annahme, die durch das klinische Verhalten noch bestätigt wird. Es tritt dann die Sondenbehandlung in ihre Rechte, in fortgeschrittenen Fällen die Urethrotomia interna oder Electrolysis. Besteht eine Prostatitis, so empfiehlt sich nach vorheriger Cocaïnisirung Anätzung der Prostata mit einer Argentum nitricum-Lösung mit eventuell nachfolgender Sondenbehandlung. Ledermann.

Bei der Behandlung von Stricturen ist es die Vermeidung der falschen Wege unter den verschiedensten Umständen vor Allem, über welche Rivington (14) ganz ausführlich spricht. Bei allen Processen, die mit einer Congestion der Schleimhaut einhergehen und bei Behandlung kindlicher Harnröhren namentlich, warnt Rivington hiervor am eindringlichsten.

Die lacuna magna, der Uebergang der Pars bulbosa in die Pars membranacea und der Blasenhals sind nach Rivington die gefährlichsten Stellen. Für eine schnelle Einleitung der mechanischen Stricturbehandlung ist Rivington wenig eingenommen: Bettruhe, warme Bäder und Narcotica empfiehlt er zunächst, um spastische Zustände und Congestionirung der Schleimhaut zu lindern. Eine Harnverhaltung unter 24 Stunden bringt ihn im Ganzen von seiner Methode nicht ab. Die systematische mechanische Behandlung reservirt sich Rivington nur für die nach Ausschaltung jener Zustände bestehenden wahrhaften organischen Stricturen. Unter den Sonden bevorzugt Rivington im Gegensatz zu der englischen Schule die weichen französischen. Wenn er mit ganz dünnen Sonden arbeitet, so giesst er gern die Harnröhre mit Oel aus, um alle Falten zu glätten und alle Nischen in der Urethra auszufüllen, die bei der Sondirung zu einer fausse route führen könnten. Friedheim.

Klarfeld's (15) Patient litt an einer 4 Ctm. hinter dem Orificium externum gelegenen, sehr engen Strictur (seit 30 Jahren Harnbeschwerden). Mittelst eines mit blankem, metallischem Ende versehenen, gut isolirten Blasenexcitators, welcher mit der Kathode verbunden war, und durch den ein nur $1\frac{1}{2}$ Milliampères starker Strom geleitet wurde, gelang es innerhalb $2\frac{1}{2}$ Minuten die circa 1 Ctm. lange Strictur zu überwinden, ohne dass der Schmerz übermässig heftig wurde; gleich darauf passirte eine Steinsonde Nr. 18. Jadassohn.

Mundé (16) illustrirt die Wichtigkeit der Sondennachbehandlung operirter Stricturen durch einen Fall, bei welchem ein Jahr nach der ersten combinirten, externen und internen Durchtrennung der Stricturen eine zweite gleiche Operation nothwendig wurde. Ledermann.

Plasencia (17) berichtet über 133 Fälle von Urethrotomia interna nach Maissoneuve, die er auf Cuba mit vortrefflichstem Erfolge ausführte. Letzteren glaubt Plasencia zum Theil auf die günstigen klimatischen Verhältnisse zurückführen zu können. Purulente Infection sah Plasencia hier niemals; Urinextravasationen bei 5 ganz alten und festen Stricturen, die wohl zu spät zur Operation kamen; 4 Todesfälle glaubte er nicht mehr in Zusammenhang mit der Operation bringen zu können, da letztere jedesmal schon lange Zeit zurücklag. Friedheim.

Otis (18) zieht die „dilating urethrotomy" allen anderen Behandlungsmethoden vor. Er hat bei tausend Fällen niemals einen Todesfall oder auch nur einen Abscess entstehen sehen.

Englisch (19). Auf reichem casuistischen Material basirte klinische Vorlesungen über Pathologie und Therapie der acuten Urethritis posterior und Cystitis, die nur Bekanntes bringen. Finger.

Bisher hat, wie Bazy (19a) durch eine Anzahl Citate nachweist, ganz allgemein die Anschauung bestanden, dass die Entleerung von Blut am Ende der Miction im Allgemeinen der Beweis für eine Erkrankung des Blasenhalses sei und man hat in solchen Fällen die letztere auch dann diagnosticirt, wenn andere wichtigere und regelmässigere Symptome, wie häufiger Urindrang, Schmerzen, Tenesmus nicht bestanden. Der Verfasser weist nun an der Hand einiger Fälle nach, dass die erwähnte Erscheinung auch bei solchen Patienten vorkommen kann, bei denen eine Erkrankung des Blasenhalses mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden darf, bei denen das Blut, das am Ende der Urinentleerung erscheint, aus der Urethra anterior stammt. Namentlich nach Injectionen von Argentum- und Sublimatlösungen in die vordere Harnröhre hat Bazy dergleichen beobachtet. Man kann diese

Blutung durch zwei Hypothesen erklären: Dieselbe ist entweder wirklich terminal, und dann muss man annehmen, dass das Blut durch die am Ende der Miction eintretende Contraction des Bulbo-cavernosus aus den Gefässen der erkrankten Schleimhaut ausgepresst wird; oder — und diese Erklärung hält der Verfasser für die wahrscheinlichere und glaubt sie durch eine Beobachtung stützen zu können: die Blutung ist nur scheinbar terminal; der mit voller Gewalt andrängende Urinstrahl bewirkt an einer besonders erkrankten, in ihrer Elasticität veränderten Stelle der Urethra einen kleinen Riss — ehe dieser Blut entleert, hat ein Theil des Urins die Harnröhre schon passirt; auch weiterhin wird die geringe Blutmenge durch die Masse des Urins so verdünnt, dass sie makroskopisch nicht in die Erscheinung tritt; das Letztere geschieht erst bei den spärlichen letzten Tropfen. Ganz abgesehen von diesen Erklärungsversuchen hat die Erfahrung Bazy's jedenfalls eine praktische Bedeutung und verdient weitere Beachtung.

Jadassohn.

Palmer (20) empfiehlt folgende Therapie, mit der er 55 Fälle in durchschnittlich 45 Tagen heilte: Im Beginn Injectionen von warmen Sublimatlösungen von 1 : 30000 aufwärts, zweimal täglich. Innerlich mehrmals im Tage einen Theelöffel Kali citricum. Sind die acuten Erscheinungen vorüber, dann folgt auf jede Sublimatinjection eine Injection von Zinksulfat 1 : 500 unter hohem Druck. Dasselbe Medicament wird auch bei Cystitis in die Blase injicirt. Finger.

Brewer (21) bedient sich bei der Behandlung der Epididymitis mit gutem Erfolg der Methode Halsted's, bestehend in einer leichten Berührung der Hautoberfläche des erkrankten Organes mit einem weissglühenden Paquelin-Brenner. Die Operation dauert nur wenige Secunden und ist nur mässig schmerzhaft. Ein Verband mit Jodoformsalbe wird dann applicirt und der Patient angehalten, ein Suspensorium zu tragen. Eine andere Methode zur Behandlung der acuten Epididymitis besteht in der Application einer starken Argentum nitricum-Lösung auf die Scrotalhaut. Sie ist in 13 Fällen angewendet worden, oftmals mit gutem Erfolg. Ledermann.

Clemens (22) lässt die wohl mit Watte verpackten Genitalien eines an Epididymitis Leidenden 2- bis 3mal täglich je 25 Minuten in ein breites Glasgefäss stecken, dessen Boden mit einem gut mit Chloroform und Alkohol befeuchteten Wattetampon bedeckt ist. Einige Krankengeschichten illustriren die Brauchbarkeit dieses Heilverfahrens. (Allerdings geht aus der Schilderung des Verfassers nur hervor, dass gleichmässige Wärme günstig auf die Erkrankungen des Hodens einwirkt. Ref.) Ledermann.

Buffet (23) veröffentlicht einige Beobachtungen über den Weg und die Behandlung des gonorrhoischen Rheumatismus; er kommt hierbei zu folgenden Schlüssen: Der gonorrhoische Rheumatismus kann auch mehrere Gelenke befallen und zwar bevorzugt er ebenso die grossen wie die kleinen; die Krankheit kann ferner die Muskeln, die Nerven etc. befallen. Der klinische Unterschied zwischen dem gonorrhoischen und dem Gelenks-Rheumatismus besteht in der Abwesenheit von Fieber und Schweissen, in der Hartnäckigkeit und Andauer der Krankheit. Derselbe kann endigen mit Ankylose, Vereiterung und Muskelatrophie. Die Behandlung besteht in guter Lagerung der erkrankten Gelenke, dann Massage, Elektricität. Salicylsaures Natrium und antigonorrhoische Therapie haben keinen Erfolg.

Galewsky.

Im Anschluss an zwei Fälle von Samenblasenerkrankung bei Blennorrhöe, deren erster eine acute nicht vereiterte Spermatocystitis, deren zweiter

Hämatospermie darbot, bespricht der Verfasser die Pathologie der Samenblasenentzündung, sowohl der primären, nach acuter Urethritis posterior auftretenden, als der secundären, aus retrostricturalen Veränderungen sich entwickelnden. Therapeutisch ist der ausgedehnte Gebrauch des Cocaïns, das Horovitz (24) in allen Fällen von Reizerscheinungen am Blasenhalse empfiehlt, hervorzuheben. Finger.

Ménard (25) berichtet über 4 Fälle, in denen sich zu einer schweren complicirten Blennorrhöe, neben anderen Complicationen, als Erythemen, Epididymitis und Rheumatismus eine Stomatitis hinzugesellte, die von Fieber begleitet mit Röthung der gesammten Mundschleimhaut, Ulcerationen insbesondere am Zahnfleisch der letzten Mahl- und Backenzähne einherging. Verfasser ist geneigt, diese Affection gleich dem Tripperrheumatismus auf eine Allgemeininfection, die Invasion des Gonococcus in das Blut anzusehen. Finger.

Ein 7jähriges Mädchen erkrankte, wie Huber (26) berichtet, unter den Erscheinungen einer Perforation des Wurmfortsatzes. Die von Dr. Rull vorgenommene Laparotomie ergab eine grosse Eiteransammlung im Cavum peritonei, die von der entzündeten und mit Eiter erfüllten Tube herstammte. Der Tod erfolgte 20 Stunden später an Herzschwäche. Ledermann.

Venerische Helkosen.

1. **Di Bella ed Ingria.** Sulla ulcera non infettante muliebre. — La Sicilia medica. Anno I., Fascicolo 5.
2. **Holischewski.** Behandlung venerischer Geschwüre nach Hebra. Woienno. Sanstarnoie Dielo 1889, 21 (russisch).
3. **Brewer** George E. Treatment of Chancroid. — Journ. of cut. and gen.-urin. dis., July 1888.
4. **Petzold.** Ueber Complicationen bei Ulcus molle. — Inaug.-Dissertation, Würzburg 1889.
5. **Giovannini.** Contribuzione clinica al metodo dello sbrigliamento precoce nella cura dei buboni da ulceri molli. (Note dermo-sifilografiche V.) — Lo Sperimentale, Settembre del 1889.
6. **Drake-Brockmann** H. E. (Yhansi, India.) Treatment of bubo by compression. — The Brit. Med.-Journ. 28. September 1889.

Di Bella's und Ingria's (1) Abhandlung hat einzelne Eigenthümlichkeiten zum Gegenstande, welche die venerische Helkose beim weiblichen Geschlechte darbietet. Was die Häufigkeit dieser Erkrankung anbelangt, constatiren die Autoren aus der Statistik des (nun aufgehobenen) „Sifilicomio" zu Palermo, dass dieselbe in 20 Procent der Fälle vorkommt. Die von mancher Seite aufgestellte Behauptung, dass das Ulcus molle beim Weibe seltener vorkomme als beim Manne, lassen die Autoren auf Grund statistischer Daten nicht gelten; wohl aber fanden sie, dass multiple Geschwüre beim männlichen Geschlechte häufiger als beim weiblichen angetroffen werden. Speciell bei Prostituirten sei das venerische Geschwür in der Regel in der Einzahl vorhanden. Durch den Sitz der Geschwüre werden gewisse Formeigenthümlichkeiten derselben bedingt: in der Genito-Cruralfalte verlieren sie häufig ihre mehr weniger kreisrunde Form und werden oblong, am Scheideneingange sind sie nicht selten rhagadenförmig, in der Vagina selbst nehmen sie gern unregelmässige Formen an, während an den grossen Labien folliculäre Hohlgeschwüre ein nicht seltenes Vorkommniss sind. Beim Ulcus molle der Vaginalportion fehlt gewöhnlich der scharfe Rand

und der vertiefte Grund, das Geschwür präsentirt sich hier als eine grauliche, das Niveau der Schleimhaut etwas überragende, einer diphtheritischen Pseudomembran ähnlichen Plaque. Eine dem weiblichen Geschlechte eigenthümliche, namentlich bei Prostituirten vorkommende Geschwürsform ist das chronische Geschwür, welches eine Folge des chronischen Phagedänismus ist. Mit Ausnahme der Geschwüre am und um den After sind extragenitale venerische Helkosen beim Weibe ebenso selten wie beim Manne. Venerische Bubonen compliciren das Ulcus molle beim weiblichen Geschlechte viel seltener als beim männlichen. Bezüglich der Therapie geben die Autoren dem Jodoform vor jedem anderen Mittel den Vorzug; Jodol erwies sich ihnen bei Weitem weniger wirksam. Einer Abortivcur durch Caustica potentialia wird nicht das Wort geredet. Bei torpiden Geschwüren wenden die Autoren Salicylsäure, bei phagedänischen Kalium ferrotartaricum oder das Glüheisen (Paquelin) an. Bei gewissen, zur Chronicität tendirenden Formen wird die Abtragung der Geschwürsränder, sowie das Evidement des Geschwürsgrundes empfohlen. Dornig.

Holischewski (2) theilt einen Fall von Ulcus molle mit, welcher unter der Behandlung mit Salicylsäure sehr günstig verlief. Szadek.

Brewer (3) ätzt „Ulcera mollia" zunächst mit reiner Salpetersäure und applicirt dann auf die Wunde Salicylsäurepulver. Bei Geschwüren hinter der Eichel deckt er auf die Salicylsäurepulverlage Protectiv-silk, dann einige Lagen absorbirender Gaze und befestigt das Ganze mit einer dünnen Bandage. Ledermann.

Nach einer Uebersicht über das Wesen der verschieden bei Ulcus molle auftretenden Complicationen gibt Petzold (4) eine Zusammenstellung der in den Jahren 1885 bis 1888 im Julius-Hospital zu Würzburg beobachteten Fälle von Ulcus molle. Es fanden sich überhaupt unter 1151 Geschlechtserkrankungen 102 Fälle von Ulcus molle, also 8·7 Procent. Als Complicationen fanden sich Ulcus gangraenosum (2mal), Ulcus phagedaenicum (2mal), Ulcus serpiginosum (1mal), Ulcus molle frenuli (1mal), Phimosis (6mal) mit Balanoposthitis (2mal), Paraphimosis (1mal), Condylom. acum. (3mal), Bartholinitis (1mal), Lymphadenitis inguinalis (93mal). Von diesen 93 Fällen blieben jedoch nur 79 Fälle, in welchen die Lymphadenitis durch nichts Anderes als das Ulcus molle bedingt sein konnte (ein Procentsatz von 77·45 Procent); von diesen 79 vereiterten wiederum 20 (also 25 Procent). Im Anschluss hieran bespricht Verfasser noch kurz die Therapie der einzelnen Complicationen; insbesondere empfiehlt er die Incision der Bubonen mit nachherigem Auskratzen, Ausspülen und antiseptischem Deckverband. Galewsky.

Aus 69 mittelst der frühzeitigen Punction behandelten Fällen von venerischem Bubo zieht Giovannini (5) den Schluss, dass die erwähnte Behandlungsmethode in der Mehrzahl der Fälle Heilung der Adenitis herbeiführt, ohne dass man es nöthig hätte, die Kranken im Bett zu belassen, und ohne Zuhilfenahme weiterer chirurgischer Eingriffe und dies — wenigstens in der Hälfte aller Fälle — in relativ sehr kurzer Zeit. Darin stimmen die Erfahrungen Giovannini's mit dem überein, was seinerzeit Auspitz über den Nutzen dieser von ihm empfohlenen Methode geschrieben hat. Dass jedoch, wie Auspitz behauptete, nach der frühzeitigen Punction die Heilung der Adenitis in wenigen Tagen erfolgt, und dass es nachträglich nur selten zur Ulceration der Wundränder kommt, fand Giovannini nicht bestätigt. Dornig.

Drake-Brockmann (6) behandelt Bubonen mittelst Compression, die er so herstellt, dass er zunächst auf die erkrankte Drüse ein Stück von

Leinwand, die mit einer Mischung von Extractum belladonnae und Glycerin zu gleichen Theilen getränkt ist, auflegt, darüber ein Stück „Protective-silk" und diese Bandage mit einer Spica befestigt. Wo Incision absolut nothwendig, macht er einen kleinen Einschnitt, stopft mit antiseptischer Gaze aus und legt darüber den eben beschriebenen Verband an. Die Erfolge sind, wie bei jeder Anpreisung einer neuen Heilmethode, natürlich vortreffliche. Uebrigens hat die Methode nichts Originelles. Ledermann.

Syphilis. Allgemeiner Theil.

1. **Jeltzina.** Ueber die Nothwendigkeit des Popularisirens der Kenntnisse von den syphilitischen Erkrankungen. — Wratsch 1889, 13 (russisch).
2. **Fedotow.** Bericht der syphilitischen Abtheilung des Marinespitals zu Kronstadt pro 1886. — Med. Beilage zum Marinejournal 1889, Nr. 8 (russisch).
3. **Bunge.** Ueber zwei während der Expedition an der Lena beobachtete Fälle von Syphilis. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1889, Nr. 15. (Casuistisches, nichts Neues.)
4. **Marmaduke Sheild** A. On the value of the history in the diagnosis of tertiary syphilides. — The Brit. Journ. of Derm. I., pag. 46, December 1888. (Sheild fordert auf, bei der Diagnose von tertiären Syphiliden, deren Erkennen oft grosse Schwierigkeiten bereitet, besonderes Gewicht auf die Anamnese zu legen.)
5. **Fournier.** Syphilitisches Fieber. — Journ. de méd. et de chir. prat., Jänner 1889.
6. **Frank-Lydston** G. Apparent cancerous transformation of syphiloma of the tongue, excision of the tongue by the galvano-cautery. — The Med. Record, 26. October 1889.
7. **Cheadle** W. B. The connection of syphilis and scurvy with rickets. — Brit. Med. Journ., 24. November 1888.
8. **Thornton.** Amputation of foot, with rapid union in spite of syphilis, gout and delirium tremens. — Lancet, 14. September 1889.
9. **Lancereaux.** Transmission de la syphilis par instruments. — Gaz. méd. de Paris 1889, Nr. 45.
10. **Salsotto.** Sulla reinfezione sifilitica. — Osservatore, Gazz. med. di Torino 1889.
11. Weitere Discussion über den Vortrag J. Bermann's: On the possibility of latent syphilis causing infection. Medical society of the district of Columbia. 20. February 1889. Referirt 1889, pag. 871. — The Journ. of the Americ. Med. Associat., 14. September 1889.

Neben dem seltenen symptomatischen Fieber, das besonders die cutanen Eruptionen der Syphilis begleitet, kennt Fournier (5) auch ein essentielles Fieber, das besonders bei Weibern häufig, in den ersten Monaten der Secundärperiode auftritt. Dasselbe hat meist intermittirenden Typus mit quotidianen Ausbrüchen, nie jedoch den Typus einer Tertiana, tritt meist Abends auf, weicht rasch auf mercurielle Therapie. Das continuirliche Fieber, meist mässig, kann doch dem typhösen sehr ähnlich werden, hat aber nicht dessen schweren Verlauf, nie letalen Ausgang, führt aber leicht zu schwerer Anämie. Auf mercurielle Therapie reagirt es weniger prompt, als die erste Form. Finger.

Einen lehrreichen Beitrag zu der spärlichen Casuistik über Umwandlung syphilitischer Geschwülste in maligne Tumoren liefert Lydston (6)

durch einen Fall, der lange Zeit grosse diagnostische Zweifel verursachte. Es handelte sich um ein syphilitisches Individuum, das vielfach von leichteren und schwereren Recidiven geplagt wurde, die unter geeigneter Behandlung stets zurückgingen bis auf eine Gummigeschwulst der Zunge, die sich zuerst durch die specifische Therapie beeinflussen liess, später aber sich in ein Cancroid umwandelte. Die Excision der Zunge auf galvano-kaustischem Wege vermochte den drohenden Ausgang nicht zu verhindern. Die Umwandlung des Syphiloms in ein Carcinom, erklärt sich Verfasser so, dass nicht etwa die Zellen der Gummigeschwulst sich in Carcinomzellen verwandeln, sondern dass der mit dem Luesgift getränkte und in gewisser uns unbekannter Weise alterirte Gewebsboden die beste Prädisposition für die Entstehung maligner Tumoren abgibt. Ledermann.

Cheadle (7) behauptet, dass für Rhachitis, deren ätiologisches Moment Lues ist, hauptsächlich Craniotabes, Schädelexostosen und Vergrösserung der Milz und Leber charakteristisch sind. An Rhachitis schliessen sich häufig bei mangelhafter Hygiene submucöse, subcutane, subperiostale und subseröse Hämorrhagien an.

Thornton (8) hat den Fuss eines 38jährigen Mannes amputirt, der sich im Spätstadium der Syphilis befand, an frischen multiplen gichtischen Gelenkaffectionen litt und hochgradigster Alkoholiker war. Von der Gegend des rechten Tarsus breitete sich eine diffuse Röthung und Schwellung aus. Da eine Nekrotomie dauernden Erfolg nicht hatte, die Temperaturen aber wiederholt sehr hoch anstiegen, so beschloss Thornton die Amputation, und merkwürdiger Weise verlief, trotz jener ungünstigen Umstände, der Heilungsprocess ganz nach Wunsch. Ein Abscess, der vom Köpfchen der Fibula am Unterschenkel sich herabzog und nach Incision und Drainage verheilte, soll mit der Amputationswunde in keinem Zusammenhange gestanden haben. Friedheim.

Lancereaux (9) theilt zwei Fälle von Uebertragung von Lues vermittelst Instrumente mit. In dem einen Falle handelt es sich um Katheterisiren der Tuba Eustachii, in dem zweiten um eine von einem Dentisten vorgenommene Operation behufs Einsetzung eines Gebisses. Galewsky.

Salsotto (10) wirft, anknüpfend an zwei von ihm beobachtete Fälle von Reinfectio syphilitica — dieselbe erfolgte in dem einen Falle 7, in dem anderen 12 Jahre nach der ersten Ansteckung — die Frage auf, ob wir nur dann berechtigt sind, von einer Reinfection zu sprechen, wenn die zweite Infection nicht nur mit örtlichen, sondern auch mit allgemeinen Wirkungen einhergeht, oder ob der Primäraffect als solcher zur Annahme einer Syphilis-Reinfection genüge. Seine Ansicht geht dahin, dass das Auftreten einer deutlich ausgesprochenen Initialmanifestation bei einem Individuum, welches früher an Syphilis gelitten hatte, zur Entscheidung der Frage im positiven Sinne vollkommen hinreiche, ganz unabhängig davon, ob constitutionelle Symptome darauf folgen oder nicht. Das Ausbleiben von Consecutivis in einzelnen Fällen von Syphilis-Reinfection fasst Salsotto als Folge der Abschwächung des Virus auf. Dornig.

Smith (11) glaubt, immer eher die eheliche Treue bezweifeln zu müssen, ehe er einen so unwahrscheinlichen Uebertragungsmodus der Lues, wie Bermann annimmt. Thompson bezweifelt die Diagnose Bermann's auf Lues bei der Frau, was Bermann entschieden bestreitet. Busey schliesst sich Thompson's Ansicht an und bemerkt, dass, wenn die Frau überhaupt Syphilis gehabt hat, sie diese viel später, als Bermann angegeben hat, erworben haben muss. Zeiss glaubt, dass bei latenter Syphilis

eine Uebertragung durch das Blut durch blutende Excoriation der Genitalien erfolgen kann. Die weitere Discussion ergibt keine neuen Gesichtspunkte. Ledermann.

Syphilis. Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

1. **Du Castel.** Du chancre induré. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 90, p. 823. (Nichts Besonderes.)
2. **Feibes.** Ueber eine ungewöhnliche Art von extragenitaler Syphilisinfection. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 23.
3. **Matveï** S. Ussass (of St. Petersburg). Hard chancre of the palm. — Proceedings of the Russian Syphilographie and dermatological Society 1888, Vol. II, p. 29. The Brit. Journ. of Derm. Nr. 4, Vol. 1, p. 133.
4. **Haslam.** Tertiary Syphilis. — Birmingham and Midland Counties branch of the British Medical Association. 25. October 1889. Ref. The Brit. Med. Journ. 16. Nov. 1889.
5. **Burzew.** Ein Fall von extragenitaler Syphilisinfection. — Med. Beilage z. Marinejournal. Kronstadt 1889, 7 (russisch).
6. **Vidal** M. Chancre infectant de la langue. — Réunion clinique hebdom. des médec. de l'hôpital Saint Louis. Séance du 24 Janvier 1889. — Ann. de derm. et de syph. 25 Mars 1889, p. 213.
7. **Carter.** Intra-Urethral Chancre causing retention of urine. — Lancet 23. November 1889.
8. **Greenough.** Initialaffecte am Orificium urethrae. — Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1889. Juli.
9. **Giovannini.** Contribuzione alla statistica dei sifilomi iniziali extra-genitali. (Note dermo-sifilografiche, IV.) — Lo Sperimentale 1889, Nr. 9.,
10. **Testu.** Some parasyphilitic skin eruptions. (Des erythèmes polymorphes et nodosités pseudo-rhumatismales éphémères chez les syphilitiques.) — Thèse de Lille 1888. The Brit. Journ. of Derm. Nr. 3, Vol. 1, p. 42.
11. **Hallopeau** M. Syphilide miliaire lichénoïde, syphilide miliaire acnéiforme. — Réunion clin. hebdom. des méd. de l'hôpital Saint Louis. Ann. de derm. et de syph. 23, 25 Février 1889.
12. **Havilland** Hall. Abstract of paper on perichondritis of the larynx. — Lancet 21. September 1889.
13. **Gougenheim.** Rétrécissement syphilitique tertiaire du larynx. — La France méd. 1889, Nr. 61.
14. **Griffin** E. Harrison. A peculiar case of tertiary syphilis of the throat. — The Med. Record, 14. September 1889.
15. **De Blois** Thomas Amory. Some of the Manifestations of syphilis of the upper air-passages. — New-York Med. Journ. 1889, Nov.
16. Discussion über Dr. Th. A. **De Blois** Some of the Manifestations of syphilis of the upper air-passages. — New-York Med. Journ. 7. Sept. 1889, p. 265.
17. **Royer.** Gommes syphilitiques anormales de l'isthme du gosier multiples et indurées. — Ann. de derm. et de syph. 1889, Nr. 89.
18. **Scott** T. Alexander (Parkhurst Road) Gummatous growth simulating rupture of a muscle. — The Brit. Med. Journ., 5. October 1889.
19. **Preiss.** Myositis gummosa M. recti abdomin. als ein sehr häufiges Symptom der Syphilis. — Sitzungsber. d. Piatigorsk'schen balneologischen Gesellschaft. 26. Mai und 26. Juni 1889 (russisch).

Ein Patient Feibes' (2) litt an einem zweifellos specifischen maculopapulösen Exanthem, ohne dass zunächst der Primäraffect nachgewiesen werden konnte. Auch die Anamnese war vollständig negativ. Die auf der

rechten Seite geschwollenen strangartigen Cervicaldrüsen liessen auf einen Initialaffect auf der rechten Kopfhälfte schliessen, als welchen Feibes denn auch ein Knötchen auf der rechten Wange constatirte, welches als Akneknötchen imponirt hatte. Die Affectionen heilten nach Protojoduret. Hydrarg. Karl Herxheimer.

Matveï (3) berichtet einen Fall von hartem Schanker der Palma manus, den sich eine Frau von ihrem eigenen, durch die Amme inficirten Kinde zuzog. Ein nachfolgendes Exanthema maculo-papulosum bestätigte die Anfangs schwierige Diagnose.

Haslam (4) beobachtete einen extragenitalen Primäraffect bei einer Wäscherin am Daumen, welcher von starker Entzündung und Anschwellung der Axillardrüsen begleitet war. Während nur mässige Secundärerscheinungen auftraten, zeigten sich in der Tertiärperiode schwere ulceröse Hautaffectionen, welche über den ganzen Körper verbreitet waren. Galewsky.

Vidal (6) stellt einen 27 Jahre alten Uhrmacher vor, der sechs Wochen, nachdem er mit einer Frau verkehrt hatte, eine linsenförmgie Ulceration an der Zungenspitze bemerkte, die sich mit einer bedeutenden Schwellung der Submaxillardrüsen vergesellschaftete. Die Ulceration hat sich seitdem vergrössert und bietet zur Zeit folgenden Befund dar: Die Zungenspitze zeigt an ihrer Dorsalseite eine dachtraufenförmige Geschwulst mit grauem Grunde und indurirten Rändern. Sonst nichts Besonderes im Cavum buccale. Doppelseitige indolente Submaxillardrüsenschwellung, links mehr wie rechts, Exanthema papulosum trunci. Ledermann.

Carter (7) und Milner beschreiben eine Retentio urinae, der ein Schanker der Fossa navicularis zu Grunde lag. Die Urethrallippen waren hyperämisch und aufgeworfen; in der ganzen Circumferenz der Harnröhre in der Gegend der Fossa navicularis, fühlte man einen harten Ring; Inguinaldrüsen waren beiderseits hart und gross; es bestand eine Lymphangitis dorsalis penis und ein auf Brust und Bauch verbreitetes kleinpapulöses Exanthem. Der 27jährige Kranke wurde katheterisirt; die indurirte Harnröhrenpartie wurde mit grauer Salbe behandelt. Quecksilber nahm der Kranke ausserdem noch intern. Friedheim.

Greenough (8) macht darauf aufmerksam, dass Initialaffecte am Orificium urethrae, wenn erodirt und ulcerirt, in Folge Irritation durch den Urin schwer heilen; weiche Schanker an derselben Stelle, aus derselben Ursache oft eine entzündliche Induration darbieten, also zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben; nicht wenige Initialaffecte am Orificium aber nur als Knoten, ohne Erosion verlaufen, daher leicht übersehen oder falsch gedeutet werden; dass syphilitische Initialaffecte am Orificium urethrae besonders bei Individuen beobachtet werden, die vorher an Tripper oder einer anderen Harnröhrenerkrankung litten; dass endlich diese Indurationen geeignet sind, den Verlauf eines bestehenden Trippers zu aggraviren. Finger.

Unter den von Giovannini (9) in seiner Privatpraxis beobachteten 32 Fällen von extragenitaler Syphilisinfection hatte der Primäraffect seinen Sitz 12mal an den Lippen, 7mal an den Brustwarzen, 4mal am Kinn, je 2mal an den Wangen und an den Schenkeln und je 1mal am unteren Lid, am After, an den Nates, am Abdomen und an den Fingern. Die Fälle betrafen 12 Männer und 20 Weiber. 2mal war die Entwickelung der Sklerose an der Unterlippe von heftigen entzündlichen Erscheinungen begleitet. An der Brustwarze wurde ebenfalls in einem Falle eine intensive Hautentzündung

(Pseudo-Erysipel) rings um den Primäraffect beobachtet. Die Infection an der Unterlippe erfolgte in einem Falle durch Vermittlung eines zahnärztlichen Instrumentes; an der Wange entwickelte sich 1mal die Sklerose aus einer kleinen, durch eine Cigarre hervorgerufenen Brandwunde, auf welche das Contagium durch ein unreines Rasirmesser übertragen worden war. An den Brüsten erfolgte in allen 7 Fällen die Uebertragung des syphilitischen Virus seitens des mit luetischen Mundaffectionen behafteten Säuglings auf die Amme. Bei einem alten Weibe wurde die Infection (am rechten Mundwinkel) durch ein Hühnerbein vermittelt, an welchem die Frau genagt hatte, nachdem ihr Sohn, welcher mit exulcerirenden Papeln der Lippenschleimhaut behaftet war, davon gegessen; bei einer anderen älteren Frau entwickelte sich die Sklerose aus einer Bisswunde am rechten Zeigefinger, welche ihr von einer an luetischen Munderscheinungen leidenden Dirne beigebracht worden war. In den übrigen Fällen liess sich die Uebertragung der Syphilis mit mehr oder weniger Sicherheit auf erotische Beziehungen mit Personen des anderen Geschlechtes zurückführen. Dornig.

Gewisse, dem Erythema multiforme ähnliche, von Penaut Accidents parasyphilitiques genannte Erkrankungsformen kommen, wie Testu (10) ausführt, bei frischer Lues vor, ohne mit derselben in directem Zusammenhange zu stehen. Sie haben ihren eigenen Verlauf und sind einer antisyphilitischen Cur nicht zugänglich.

Hallopeau (11) stellt eine im Secundärstadium der Lues stehende junge Frau vor, welche Erscheinungen des Eczema seborrhoicum (Unna) darbietet. Verfasser glaubt nicht an die Bastardform von Lues und Eczema seborrhoicum, wie sie Unna beschreibt, glaubt aber, dass unter Umständen das syphilitische Virus sich in den Talgdrüsen localisiren und dort eine reichlichere Secretion, beziehungsweise Comedonenbildung anregen kann. Er schlägt für diese Form der syphilitischen Hauteruption den Namen „Syphilide lichénoïde miliaire“ vor. Ledermann.

Havilland Hall (12) gibt einen summarischen Ueberblick über die Perichondritis laryngea, über Symptomatologie, Diagnose und Therapie ihrer Hauptformen. An der tuberculosen Form hebt Havilland Hall neben den bacillären Befunden und dem etwaigen Nachweis einer Spitzenaffection u. s. w. die eigenthümlich blass verfärbte und vergrösserte Epiglottis und die gleichartigen Veränderungen an den Ary-Knorpeln hervor, sowie die Geschwürsbildung in der Regio interarytaenoidea; den malignen Neubildungen schreibt er als besonders charakteristisch eine Verdickung und Infiltration der Cartilago cricoidea und thyreoidea und ihrer umgebenden Weichtheile zu mit einer ausgesprochenen Neigung zu Hämorrhagien; an der Perichondritis laryngea syphilitica erkennt Havilland Hall als bezeichnend an die Schmerzlosigkeit des Leidens und den Zusammenhang der Ulcerationen mit ebensolchen Veränderungen im Pharynx, abgesehen natürlich vom Anamnestischen jedes einzelnen Falles und allen therapeutischen Einflüssen. Friedheim.

Gougenheim (13) beschreibt einen Fall von luetischer Larynxstenose, bei welchem allein die Anwendung Schrötter'scher Sonden zum Ziele führte; nachdem vorher Elektrolyse und die Anwendung der „pinces de Fauvel“ ohne Erfolg geblieben war. Galewsky.

Griffin (14) fand bei einem Kranken, dessen Frau er an einer syphilitischen Stenose der Nase behandelte, eine tiefe Ulceration und theilweisen Verlust der Epiglottis, seichte Geschwürsbildung der wahren und falschen Stimmbänder, und im Sinus pyriformis. Der Kranke hatte sich

25 Jahre vorher luetisch inficirt. Die Heilung erfolgte nach Darreichung von Mercur in verschiedener Verordnung. Jodkali hatte den Zustand verschlimmert und musste ausgesetzt werden. Ledermann.

Amory de Blois (15) bespricht die luetischen Erkrankungen der Nasenhöhle, des Pharynx und Larynx an der Hand einzelner kurz mitgetheilter Krankengeschichten, ohne im Wesentlichen etwas Neues zu bringen. Er empfiehlt, ohne genauer auf dieselben einzugehen, insbesondere bei Nekrosen des Vomer oder der Muscheln, bei Perforationen in das Antrum den chirurgischen Eingriff, d. h. die Herausnahme des Sequesters, bei Perforationen des harten Gaumens und des Velum palatinum (falls Jodkali und Quecksilber mit örtlichen Aetzungen nicht helfen) das Ausbrennen, Ausbohren oder Curettiren der erkrankten Stellen, eventuell die Herausnahme des nekrotisirten Knochens. Galewsky.

F. H. Bosworth bedauert, dass de Blois (16) nicht mehr auf die Entwickelung der Knochenläsionen bei tertiärer Lues in seinem Vortrage Rücksicht genommen hat. Er glaubt, dass sich zunächst ein gummöses Depositum im Periost des harten Gaumens ablagert, dadurch eine Entarteritis sich entwickelt, die durch Ernährungsstörung zur Nekrose des Knochens führt. Die Knochenerkrankung ist dann das prägnanteste Symptom und Entfernung des Sequesters ein wichtiger Theil der Therapie. Auch Bosworth gibt zunächst, wie de Blois, in solchen Fällen Jodkali und erst, wenn der locale Process zum Stillstand gelangt ist. Mercur zur Entfernung des Syphilisvirus. C. Rize bittet, auf eine vollständige Durchtrennung der Narben und Adhäsionen im postnasalen Rachenraum zu achten, da häufig nur die untersten Partien derselben durchtrennt werden, dann aber die Nasenathmung noch immer beschränkt ist. Für die Durchtrennung selbst empfehlen sich schneidende Instrumente mehr als der Galvanokauter, der häufig langwierige Ulcerationen verursacht. J. M. Mackenzie empfiehlt mehr auf die Beseitigung der Ulcerationen zu achten, als auf die Entfernung der Sequester, da es, wie ihn einschlägige Fälle belehrt haben, bei der Weiterverbreitung der Geschwüre oft zu gefährlichen Complicationen kommt. Bosworth widerspricht dieser Ansicht, da nach seiner Anschauung sich die Ulceration auf den ursprünglichen Sitz des gummösen Depositums beschränkt. W. H. Daly missräth gleichfalls, wie Rice, die Anwendung des Galvanokauters zur Trennung von Adhäsionen. Der einzige Vortheil des Galvanokauters vor dem Messer, nämlich eine exacte Blutstillung fällt jetzt fort, wo wir Hämorrhagien in gewissen Grenzen unschwer besiegen können. Die weitere Discussion ergibt keine neuen Gesichtspunkte. Ledermann.

Royer (17) berichtet über eine Frau, die, vor 10 Jahren inficirt, nun eigenthümliche Veränderungen am weichen Gaumen und der hinteren Rachenwand darbietet. Die Schleimhaut dieser Theile geröthet, ist von einer Menge von hanfkorngrossen Knoten durchsetzt, die in Gruppen beisammenstehen, derb und schmerzlos, nicht ulcerirt sind, dem Aussehen nach mehr dem Lupus als der Syphilis ähneln, aber sich durch die auffällige Derbheit von diesem unterscheiden. Daneben charakteristische gummöse Geschwüre der Nasenschleimhaut. Traitement mixte bringt letztere rasch zur Heilung, verändert aber die Erscheinungen im Rachen wenig, die Verf. als fibröse, in Bindegewebe umgewandelte Gummen ansieht. Finger.

Im Laufe des Aprils wurde Scott (18) von einem 55 Jahre alten Mann consultirt, wegen einer angeblich plötzlich entstandenen Geschwulst in der Regio hypochondriaca dextra. Die Untersuchung ergab in der Gegend des rechten Rectus abdominis eine über zwei Quadratzoll grosse Geschwulst mit scharf abgegrenztem oberen Rande. Der Tumor sollte angeblich durch

schweres Heben entstanden sein. Da die Anamnese des Mannes mit Bestimmtheit Lues ergab, so wurde zunächst Jodkali gegeben, unter welcher Behandlung der Tumor in kurzer Zeit verschwand. (Ob es sich in Wirklichkeit um ein Muskelgumma oder um ein Hämatom, das sich, unbeeinflusst von dem Jodkali, spontan zurückbildete, gehandelt hat, geht nicht mit Sicherheit aus Scott's Angaben hervor. Für Hämatom spricht besonders das plötzliche Entstehen der Geschwulst. Ref.) Ledermann.

Viscerale Syphilis.

1. **Ssirsky.** Syphilis corneae. — Russkaja medicina, 1889, Nr. 21 (russisch). (Eine pathologisch-histologische Untersuchung.)
2. **Dieulafoy.** Syphilis du poumon et de la plèvre. (Leçons recueillies par le Dr. Vidal.) — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1889, Nr. 18—23.
3. **Cursino de Moura.** A propos de la bronchite syphilitique des adultes. — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1889, Nr. 40.
4. **Pryor.** A case of syphilitic pneumonia. — Buffallo pathol. society, 29. September 1889. Buffalo Med. and Surg. Journ., November 1889.
5. **Jullien.** De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis et son traitement. — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1889, Nr. 45.
6. **Suckling.** Thoracic Aneurysm. — Ibidem.
7. **Klotz.** A case of syphilis, in which several fingers of both hands became cold and livid suspect arteritis. — Americ. Journ. of Med. sciences, August 1889.
8. **Hermet.** Syphilis et surdité. — La semaine méd. 1889, Nr. 41, pag. 363.
9. **Turnbell.** Ueber syphilitische Taubheit. — Philadelphia Med. Times 1888.
10. **Mauriac.** Diagnostic et pronostic des cerebro-syphiloses. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 112, 123, 127.
11. **Quinquaud** M. Variétés de céphalée syphilitique. — Réunion hebdom. clin. des méd. de l'hôpit. St. Louis, 25 Février 1889, S. 114.
12. **Barduzzi.** Sifilide cerebrale. Estratto dall' Opera „il Sistema Nervoso Centrale" della Casa Editrice Dott. Franceso Vallardi.
13. **Adler** Lewis H. A case of cerebral syphilis following an attack of thermic fever. — Boston Med. and Surg. Journ., Vol. CXXI, Nr. 11.
14. **Régnier.** Rapports de la syphilis cérébrale avec la paralysie générale. — Revue de méd. 1889, IX., 6, 7, 8.
15. **Dauchez.** Des pseudo-paralysies chez l'enfante au-dessous de deux ans. — Rev. mens. des malad. de l'enfance, Juli 1889.
16. **Morel-Lavallée.** Syphilis aliénation mentale et paralysie générale. — Gaz. des hôpit., October 1889.
17. **Richard.** De l'hémiplégie chez les syphilitiques. Paris 1887. — Gaz. méd. 1889. Nr. 38.

Luetische Erkrankung der Lungen tritt nach Dieulafoy (2) auf 1. unter der Form gewöhnlich wenig zahlreicher und voluminöser, nussgrosser, mit fester, fibröser Kapsel umgebener Gummata, deren Centrum erweicht und nach der Erweichung Höhlen zurücklässt. 2. Unter der Form disseminirter Sklerose (Fibroid lung der Engländer). 3. Als Mischform beider. Ihrem klinischen Verlaufe nach theilt Dieulafoy dieselbe ein in: A. Type simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë. Die Erkrankung beginnt gewöhnlich mit Bronchopneumonie, wie bei der acuten Lungentuberculose. Differentialdiagnostisch ist wichtig, dass die luetische Erkrankung oft in den mittleren Lungenpartien (gewöhnlich der rechten Seite), in der Höhe des dritten oder vierten Intercostalraumes sitzt. Ihr Vorkommen ist sehr selten;

Wahrscheinlichkeitsdiagnose erst möglich beim Auftreten anderer specifischer Erkrankungen (an der Tibia, Testis etc.) und bei Abwesenheit von Tuberkelbacillen; sichere Diagnose erst nach Anwendung des Hg und Jodkali. — B. Type simulant la phthisie tuberculeuse vulgaire. Sie ist die häufigste Form der Beobachtung und tritt auf unter den gewöhnlichen Symptomen der Phthise (Hämoptoën, Schmerzen in der Brust, Dyspnoe etc.). Die physikalischen Symptome sind meist links localisirt, in den Mittelpartien der Lunge. Der Exitus letalis tritt gewöhnlich unter den Zeichen vollkommener Auszehrung wie bei Phthise ein. — C. Type simulant la sclérose pleuro-broncho-pulmonaire. Die Erkrankung besteht in Bindegewebshypertrophie des Lungenstroma (Cirrhose pulmonaire syphilitique). Diese Läsion kann einfach scléreuse oder scléro-gommeuse sein oder das Bild der Pneumonie blanche bieten. Von Syphilis pleurale sind nur wenige Fälle bekannt, entweder schliesst sie sich als Secundärerkrankung an oder sie tritt primär auf. — D. Pneumopathie syphilitique combinée à une tuberculose du poumon qui lui est antérieure ou postérieure. — E. Syphilis pulmonaire héréditaire précoce ou tardive. Verfasser beobachtete zwei Fälle; bei dem ersten bestand hereditäre Lues, bei dem zweiten hereditäre Lues und spätere Infection am Penis; es blieb hierbei unsicher, welchen Ursprunges die Lungenlues war. Zum Schlusse gibt Verfasser folgendes Résumé. Lungenlues gehört zur visceralen Lues (kann jedoch auch im ersten Jahre der Lues auftreten); sie erscheint bald unter den Zeichen der Tuberculose, bald der acuten, bald der chronischen Bronchopneumonie. Ihre Entwickelung kann schnell vor sich gehen, bisweilen auch Jahre in Anspruch nehmen. Der Exitus letalis erfolgt durch Kachexie oder Complication mit Phthise. Die Diagnose ist zu stellen durch Ausschluss der Tuberculose (Bacillen!) durch das Auftreten von Gummata oder anderer specifischer Erscheinungen, durch die Anamnese. Die Therapie ist die gewöhnliche antiluetische. Galewsky.

Cursino de Moura (3) berichtet über einen Fall von hartnäckiger doppelseitiger Bronchitis, welche keiner Medication weichen wollte. Als Patient dem Verfasser mittheilte, dass er wenige Monate vorher eine nicht minder schwere Bronchitis erst nach specifischer Behandlung verloren habe, wandte Moura dieselbe ebenfalls an und erzielte nach kurzer Zeit vollständige Heilung. Galewsky.

Pryor (4) berichtet über einen mit Jodkali geheilten Fall von syphilitischer Pneumonie. Die Diagnose wurde dadurch gestellt, weil der Mittellappen der linken Lunge afficirt war und der Patient zu gleicher Zeit Geschwüre auf den Tonsillen hatte. Die Krankheit verlief unter Fieber, zeitweise bis zu 103°. Ledermann.

Jullien (5) kommt auf Grund seiner an 71 Kranken der Tertiärperiode gemachten Beobachtungen (er fand unter ihnen 21 an Dyspepsie leidend) zu folgenden Schlüssen: 1. Dyspepsie findet sich sehr häufig im Verlauf der Syphilis und es liegt der Verdacht nahe, dass neben Alkoholismus etc. auch die in Frankreich allgemein übliche interne specifische Behandlung ihren Einfluss auf die Entwickelung der Magenerkrankungen äussert. 2. Sie kann verschiedene Erkrankungen des Nervensystems vortäuschen, in jedem Falle complicirt sie und verschlimmert sie den Allgemeinzustand. 3. Eine genaue Diagnose zwischen den Erscheinungen der Magenerkrankung und der Syphilis ist oft nur durch die Therapie möglich. 4. Ist bei Anwesenheit von Lues eine Magenerkrankung constatirt, so empfiehlt sich neben einer angemessenen Magentherapie die Behandlung der Syphilis vermittelst Injectionen (namentlich des Scarenzio-Smirnoff'schen Calomel oder

des grauen Oels nach Vigier) und Jodkalis, welches am Besten im Clysma zu 2—4 Gr. gegeben wird. Galewsky.

Suckling (6). Ein Fall von Aorten-Aneurysma, welcher nach sechswöchentlicher Bettruhe und Behandlung mit Jodkali als geheilt angesehen werden konnte. Patient hatte früher an Lues gelitten. Galewsky.

Bei dem Patienten, von welchem Klotz (7) berichtet — einem jungen Manne, welcher sich vor 3 Jahren inficirt hatte und eine Anzahl syphilitischer Geschwüre aufwies — traten unter lebhaften Schmerzen an mehreren Fingern beider Hände blaue Verfärbungen ein, die an der Spitze am intensivsten waren, zugleich Taubheitsgefühl, Kälte und an den Fingerkuppen leicht schuppende Verdickungen. Die grösseren Gefässe waren anscheinend normal, der Puls kräftig. Antisyphilitische Behandlung führte zur Heilung. Klotz nimmt an, dass es sich um eine specifische Arteriitis kleinster peripherer Gefässe gehandelt habe. Jadassohn.

Hermet (8) behauptete auf dem internationalen Congress für Dermatologie und Laryngologie, dass die Syphilis in jedem Stadium und unter allen Bedingungen plötzlich totale und unheilbare Taubheit bedingen könne und hat solche Fälle in 6 Tagen (?) und nach 5 Monaten eintreten sehen. Jadassohn.

Turnbell (9). Die syphilitischen Affectionen des Ohres sind in den Vereinigten Staaten seltener als in Europa. Meist gehen sie einher mit gleichzeitiger Erkrankung des Auges, des Rachens, der Nase. Oft ist eine Ulceration im Rachen oder Gehörgange das erste Symptom. Hiezu tritt dann eine Otitis media suppurativa oder sclerosa, Erkrankung des Labyrinths, der Schnecke. Therapeutisch empfiehlt er die Combination von Hg und Pilocarpin. Finger.

Das Studium der Cerebralsyphilis, sagt Mauriac (10), hat in den letzten Jahrzehnten solche Fortschritte gemacht, dass die Diagnose gegen früher wesentlich leichter geworden ist. Zu solchen fast pathognomonischen Symptomen gehören: 1. Jede Cerebropathie (vornehmlich Epilepsie, Hemiplegie), welche bei einem sonst gesunden Individuum zwischen dem 20. und 40. Jahre auftritt, ist wahrscheinlich luetischen Ursprunges. 2. Je kürzer der Zwischenraum zwischen der Gehirnerkrankung und der Initialperiode ist, um so wahrscheinlicher ist die Erkrankung luetischen Ursprunges. 3. Gewisse Eigenthümlichkeiten der Symptomatologie mit den Gesammterscheinungen und der Reihenfolge der Symptome in Vergleich gebracht, können die Diagnose sichern. 4. Syphilitische Antecedentien stellen die Diagnose klar. Im Gegensatze zu diesen Erscheinungen, welche in uns den Verdacht auf luetischen Ursprung der Cerebropathien wachrufen, gibt es Erkrankungen, welche sehr oft zusammen mit Lues auftreten und bei welchen dann die Frage auftaucht, welcher von beiden die Aetiologie zuzusprechen sei. Hierher gehören namentlich: a) gewisse nervös anämische Diathesen, die oft bei Frauen auftreten, und welche oft neuralgische Beschwerden, Analgesien, Spasmen etc. hervorrufen; b) ferner Hysterie; c) allgemeine accidentelle Erkrankungen (Pyrexien, Eruptionsfieber, Diphtherie), kurz die Mehrzahl derjenigen schweren Erkrankungen, welche nervöse Erscheinungen, namentlich Paralysen nach sich ziehen. Ebenso gross sind die diagnostischen Schwierigkeiten, wenn es sich um auf Diathese beruhende Krankheiten handelt (Tuberculose, Scrophulose, Arthritis, Rheumatismus etc.); d) Arteriosclerose; e) Dyskrasien, hervorgerufen durch Intoxicationen, vornehmlich Alkoholismus. Im Anschluss hieran gibt Mauriac noch kurze statistische Angaben, in Betreff der Heilung der Cerebropathien. Er selbst sah unter 30 Kranken 3 Geheilte, 12 Gebesserte, 6 ohne Besserung, 7 starben. Lagneau fils sah

gegenüber 83 zum mindesten Gebesserten 57 mit schlechtem Ausgang. Fournier gegenüber 47 malignen 43 benigne, darunter 30 Heilungen. Die Prognose richtet sich naturgemäss nach der Form der Krankheit, nach ihrer Intensität, nach ihrem Alter, Verlauf uud der Behandlung, der sich der Kranke unterzieht. Besonders in Betracht kommen hierbei die häufigen Recidiven und Recrudescenzen. Galewsky.

Die Kopfschmerzen, welche der von Quinquaud (11) vorgestellte Syphilitiker darbietet, gewähren den Typus der Trigeminusneuralgie. In Bezug auf die Behandlung bieten sie die Eigenthümlichkeit, dass sie nur manchmal von Jodkali beeinflusst werden, öfter nicht. In diesem Falle nimmt Verfasser zu Atropin und Gelsemium seine Zuflucht. Der Kranke leidet gleichzeitig an Krätze, deren Efflorescenzen zu Verwechslung mit Syphiliden leicht Anlass geben konnten. Die Diagnose „Scabies" wurde durch das Entstehen und Schwinden von Urticariaquaddeln als consecutives Phänomen der Krätze gesichert. In der Discussion geht Fournier auf die Classification der Cephalalgien bei Lues näher ein. Ledermann.

Barduzzi (12) hebt in seiner Abhandlung über Pathologie und Therapie der Hirnsyphilis hervor, dass bei der Diagnose der luetischen Cerebralläsionen vor Allem zwei Momente zu berücksichtigen seien: erstens die Multiplicität der Erscheinungen der Hirnlues, ihre protensartige Natur und zweitens das Fehlen jedweden pathognomonischen Symptoms trotz der Vielseitigkeit der Erscheinungen. Daraus resultire, dass die Diagnose der Cerebralsyphilis nicht auf Grund der Qualität der Symptome, sondern nur mit Zugrundelegung einer Reihe von Beobachtungen und nach genauer Analyse derselben gestellt werden könne. Und gerade hier sei es von höchster Wichtigkeit, die Diagnose möglichst frühzeitig, bereits in der Prodromalperiode festzustellen, da nur von einer rechtzeitig eingeleiteten specifischen Behandlung ein entschiedener Erfolg erwartet werden könne. Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Endarteriitis syphilitica und Gehirngumma möge man daran festhalten, dass erstere in der Regel Hämorrhagien und Erweichungsprocesse im Gefolge hat, während das Gumma eher localisirte Läsionen mit tiefem Sitz hervorruft, ähnlich jenen, welche wir bei anderen neoplastischen Formen beobachten. Demgemäss äussert sich das Hirngumma gewöhnlich mit den Symptomen eines Hirntumors (localisirte Lähmungen), die Arteriitis mit jenen eines Erweichungsherdes oder einer Meningealhämorrhagie. Die Behandlung soll eine gemischte sein: Einreibungen mit grauer Salbe (4—8 Gr. pro die) oder intramusculäre Injectionen löslicher Hg-Salze in Verbindung mit der internen Verabreichung von Jodoformpillen (50 Stück à 0·2) respective von Jodkali oder Jodnatrium (2—10 Gr. pro die). Dornig.

Einen neuen Beitrag zu der wohlbekannten Thatsache, dass irgend eine Ursache, die im Stande ist, eine Entzündung der Nervencentren zu erzeugen, bei einem syphilitischen Individuum einen Ausbruch der specifischen Krankheit einleiten kann, liefert Adler (13) durch einen von Wood an dem „Universy Hospital" von Philadelphia beobachteten Fall. Bei einer Frau, in deren Anamnese nur das Vorkommen zweier Aborte für Lues spricht, entwickelten sich im Anschlusse an einen Anfall von „thermic fever" schwere nervöse Störungen, Schwindel, Gedächtnissschwäche, Sprachstörungen, später eine Hemiplegie. Nach einiger Zeit erholt sich die Kranke. Ihre jetzige Krankheit beginnt vor zwei Jahren und wird eingeleitet mit Menstruationsanomalien, die ihre Ursache in einer schweren Uteruserkrankung haben. Während ihres Aufenthaltes in der Frauenklinik findet man sie eines Morgens stupid, unfähig eine Antwort zu geben. Rechte Pupille er-

weitert, reflexlos, linke normal. Am nächsten Morgen ist sie leidlich vernünftig und fähig zu sprechen. Der Verdacht, dass es sich um Lues handelte, wurde genährt durch das Auffinden von Ulcerationen des weichen Gaumens, durch das Bestehen schmerzhafter Empfindungen im Schienbein, der Wirbelsäule und in verschiedenen Nerven. Combinirte Behandlung mit Jodkali und Sublimat. Genauere Beobachtung ergab jetzt, dass die Zunge nach rechts abwich, der rechte Mundwinkel tiefer stand als der linke. Motorische und sensible Störungen in beiden Armen, Rechtsseitige Ptosis. Verstärkte Jodkali-Sublimatgabe bis zum Eintritt von Diarrhöe. Vollständige Heilung.

Ledermann.

Régnier (14) stellt sich in der vielumstrittenen Frage nach dem Zusammenhange zwischen Paralyse und Lues auf den Standpunkt, dass die letztere nur zu den prädisponirenden Ursachen der allgemeinen Paralyse — wie auch Alkoholismus, Ueberanstrengung etc. — gehöre, nicht aber als eigentliche Ursache derselben zu gelten habe. Ausser den klinischen Beobachtungen sprächen für diese Auffassung auch die anatomischen Unterschiede zwischen tertiärer Hirnsyphilis und Paralyse. Jadassohn.

Dauchez (15) bespricht die Natur und die klinischen Merkmale der verschiedenen zur Pseudoparalyse der Kinder führenden Affectionen und stellt der syphilitischen Erkrankung, von der er vier in der Literatur beschriebene Beispiele zusammenstellt, die spontanen (myopathischen, rheumatischen etc.) und traumatischen (Compression, Subluxation etc.) gegenüber. Für die Kenntniss der luetischen Paralyse der Kinder, welcher nur der kleinere Theil der Arbeit gewidmet ist, ergibt sich aus derselben nichts Neues. Jadassohn.

Nach einer ausführlichen historischen Uebersicht über die Entwickelung der Lehre von den auf luetischer Basis beruhenden Gehirnerkrankungen, bespricht Morel-Lavallée (16) die Unterschiede zwischen der pseudoparalysie générale syphilitique und der paralysie générale vraie ihrem anatomischen, pathologischen und klinischen Bilde nach. Hieran schliesst sich eine Statistik über das Verhältniss der syphilitischen zu den nicht specifischen Gehirnerkrankungen, ihre Prognose und Therapie. Galewsky.

Richard (17). Hysterische Hemiplegien finden sich bisweilen bei Luetischen. Die Differentialdiagnose zwischen ihnen und den eigentlichen luetischen Hemiplegien kann sehr erschwert sein, umsomehr als beide mit Vorliebe in der Jugend auftreten. Eine Unterscheidung beider ist indessen dadurch möglich, dass die eine eine „dynamische Hemiplegie" ist mit Vorherrschen von Sensibilitätsstörungen, während die andere eine „organische Hemiplegie" darstellt, mit Abwesenheit von Sensibilitätsstörungen, bei welchen allein motorische vorherrschen. Andererseits gesellt sich die syphilitische Hemiplegie oft zu Paralysen der Augen. Die Syphilis bei den Hysterischen spielt überhaupt die Rolle der Gelegenheitsursache und begünstigt die Entwickelung nervöser Symptome bei prädisponirten Individuen. Die hysterischen Hemiplegien heilen unter Anwendung der „agents ésthésiogènes", während die syphilitischen unter specifischer Behandlung zurückgehen.

Galewsky.

Congenitale Syphilis.

1. **Gamberini.** Sintomatologia della sifilide ereditaria infantile. — Bullett. delle Scienze Med. di Bologna. Serie VI, Vol. XXIV.
2. **Barling.** Congenital Syphilis. Midland Medical Society. — The British Med. Journ. 1889, 23. November.

3. **Thibièrge.** Knochenabscess bei einem syphilitischen Neugeborenen. — Bullet. de la Soc. anatom. 1888.
4. **Cornby.** Sarkocele bei hereditärer Syphilis. Réunion clin. hebdom. de l'hôpit. St. Louis vom 11. April 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 8—9.
5. **Najew.** Ueber den Einfluss der Syphilis der Eltern auf die Immunität der Kinder. — Wratsch 1889, 15 (russisch).

Gamberini (1) stellt bezüglich der hereditären Syphilis folgende Sätze auf: 1. Leiden gleichzeitig Mann und Frau an secundärer Syphilis, so zeugen sie in der Regel secundär syphilitische Kinder. 2. Leiden die Eltern gleichzeitig an tertiärer Syphilis, so können sie entweder gesunde oder scheinbar gesunde Kinder zeugen oder solche, welche ebenfalls tertiär luetische Erscheinungen zeigen. 3. Wenn der Vater an secundärer Lues leidet, dann kann die Infection des Fötus als bestimmt angenommen werden. 4. Ist eines der Eltern secundär syphilitisch, während der andere an tertiärer Lues leidet, so lässt sich aus der beim Neugeborenen vorherrschenden Syphilisform feststellen, welcher von den Eltern die secundäre oder tertiäre Syphilis der Frucht verschuldete. 5. Die an secundärer oder tertiärer Lues leidende Mutter kann, wenn der Vater gesund ist, ganz gesunde Kinder zur Welt bringen, was selten der Fall ist, wenn der Vater luetisch ist, da der kranke Same unmittelbar das Ei, dessen Entwickelung in einer begrenzten Sphäre des mütterlichen Organismus vor sich geht, inficirt. 6. Die tertiäre Syphilis ist nicht, wie die secundäre, künstlich übertragbar und zwar aus Mangel an localer Virulenz; doch kann die Annahme nicht unbedingt von der Hand gewiesen werden, dass sie unter Umständen eine besondere, uns unbekannte Ansteckungsfähigkeit annehmen könne, welche wohl auch latent bleiben kann, um mit der Zeit unter den verschiedenen Formen der tertiären, aber niemals der secundären Lues in die Erscheinung zu treten, da eine rein tertiäre Form nie eine rein secundäre Läsion erzeugen kann und umgekehrt. 7. Die wesentliche Verschiedenheit zwischen den secundären und tertiären Krankheitsformen wird durch die Thatsache illustrirt, dass die Uebertragung tertiär syphilitischer Krankheitsproducte stets ein negatives oder blos ein irritatives Resultat ergibt, auch wenn das Experiment an einem an primärer oder secundärer Syphilis leidenden Individuum ausgeführt wird. Dem muss beigefügt werden, dass, während die secundäre Lues zur tertiären führt, diese niemals zur secundären zurückkehrt. 8. Wenn die Mutter während der Schwangerschaft Syphilis acquirirt, so kann der Fötus ebenfalls inficirt werden, was sich seiner Zeit durch die Zeichen der secundären Lues äussern wird. Kommt der (bis dahin gesunde) Fötus bei der Geburt mit den primären oder secundären syphilitischen Krankheitsproducten (an den äusseren Genitalien der Mutter) in Berührung, so kann er eine Infection davontragen, was dann keine eigentliche hereditäre, sondern eine accidentell erworbene Lues ist. 9. Die der gesunden Mutter von ihrem eigenen, durch die väterliche Lues contaminirten Fötus mitgetheilte Syphilis (Choc en retour) kann secundärer oder tertiärer Natur sein. 10. Ein sicherer Beweis, dass die Mutter eines syphilitischen Neugeborenen an latenter Syphilis leidet, ist dadurch gegeben, dass sie, wenn sie ihr eigenes, mit syphilitischen Läsionen im Munde behaftetes Kind säugt, keine wie immer gearteten luetischen Manifestationen davonträgt. 11. Das pathologische Bild der gewöhnlichen syphilitischen Infection zeigt, wenn es sich um eine durch die Befruchtung vermittelte Syphilis handelt, einzelne Varietäten. Unter diesen ist jene der rein virtuellen und nicht materiellen Existenz der Lues bemerkenswerth, eine Erscheinung von unbekannter Dauer. Bei der accidentellen gewöhnlichen Syphilis haben wir den regelmässigen Verlauf der Krankheit vor uns, was

bei der virtuellen nicht stattzufinden pflegt, welche eher unter tertiärer Form auftreten kann. Bei der accidentellen Syphilis pflegen die luetischen Formen gleichsam als ein normales Vorkommniss regelmässig aufeinander zu folgen. Im Uebrigen ist die Syphilis ihrem pathologischen Wesen nach immer identisch. 12. Man vergesse nicht, dass die der Syphilis eigenthümlichen Stadien regelmässig aufeinander folgen, und halte sich immer vor Augen, dass das secundäre Stadium wann immer zum tertiären führen könne und nicht umgekehrt. Deshalb ist die Annahme ungerechtfertigt, dass die Befruchtung einer gesunden Frau durch einen an tertiärer oder gummöser Lues leidenden Mann bei Ersterer zur Entwickelung einer genuinen secundären Lues führen könne. Eine Ausnahme könnte man nur dann gelten lassen, wenn sich der Mann in jenem Stadium der Lues befinden würde, welches die nachweisbaren Anzeichen des beginnenden Ueberganges der secundären Syphilis in die tertiäre darbietet. Dornig.

Barling (2) sah ein 17jähriges Mädchen mit congenitaler Syphilis. Dasselbe hatte beiderseitig interstitielle Keratitis, Hutchinson'sche Zähne, Ulcerationen des Gaumens. Der weiche Gaumen war mit der Zungenbasis verwachsen. Speisen gelangten in den Pharynx durch eine Perforation an der rechten Seite, welche nicht mehr als einen halben Zoll im Durchmesser betrug. Patientin war die älteste von 8 Geschwistern und die einzige, welche Zeichen von Lues bot. Galewsky.

Thibièrge (3). Ein mit deutlichen Zeichen hereditärer Syphilis behafteter 6 Wochen alter Knabe zeigt Oedem der linken unteren Extremität, Fluctuation und Gangrän des Fusses. Incision entleert reichlich Eiter. Tod. Die Section zeigt complete Ablösung der Epiphysen der Tibia. Die durch Ablösung der oberen Epiphyse entstandene Höhle ist mit Eiter erfüllt und nach dem Kniegelenk sowohl, als nach aussen durchgebrochen. Der Eiter gibt reichliche Culturen von Staphylococcus aureus. Thibièrge nimmt nun, gleichwie bei der Osteomyelitis an: die Hautaufschürfungen, die hereditär-syphilitische Kinder zahlreich bieten, haben zur Invasion des Eitercoccus Veranlassung gegeben, der in den specifischen Herd, als locus minoris resistentiae eingewandert, hier die Eiterung erzeugte. Finger.

Cornby (4) stellt einen 6 Monate alten Knaben vor, der neben ausgebreitetem papulösen Syphilid gummöse Infiltration des rechten Hoden, besonders aber Nebenhoden darbietet. Die Mutter des Kindes gesund, der Vater syphilitisch. Fournier betont das Interesse dieses Falles, das in dem vorwiegenden Befallensein des Nebenhoden gipfelt, während man bisher bei hereditärer Syphilis nur den Hoden von Gummen befallen sah. Finger.

Therapie der Syphilis.

1. **Hebra** H. v. Die Injectionstherapie bei Syphilis. — Internat. klin. Rundschau 1889, Nr. 40 ff.
2. **Damperow.** Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen des gelben Hg-Oxydes. — Tagbl. d. med. Ges. in Kasan 1889, II, pag. 11—13 (russisch).
3. **Ullmann.** Erfahrungen über den Gebrauch des Oleum cinereum. — Wiener med. Blätter 1889, Nr. 38 ff.
4. **Kronfeld.** Wann erscheint das Quecksilber des grauen Oels im Urin. — Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 35 ff.
5. **Mayençon.** Traitement de l'intoxication mercurielle par les injections sous-cutanées de pilocarpine. — La semaine méd. 1889, Nr. 45.

6. **Stelwagon** Henry W. On the alleged Tolerance of the jodides in late syphilis. — The therap. gaz., 15. October 1889.
7. **Wyschgorod.** Die Behandlung der Syphilis mit Injectionen des Hydrargyrum formamidatum. — Sitzungsber. der kaukasischen med. Ges. 1889, 2, pag. 39—45 (russisch).
8. **v. Bergmann.** Zur Differentialdiagnostik und Therapie der Lues. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1889, Nr. 7 u. 8. (Bringt nichts Neues.)
9. **Fedotow.** Ueber Excision der syphilitischen Primärsklerosen. — Med. Beilage zum Marinejournal 1889, 4 (russisch).
10. **Kotzyn.** Zur Behandlung der Syphilis mit intramusculären Calomelinjectionen. — Russkaja Medizina 1889, Nr. 16 u. 17 (russisch).
11. **Tschistiakow.** Die Behandlung der Syphilis mittelst Vaselin-Sublimatpräparaten. — Wratsch 1889, Nr. 14 u. 15 (russisch).
12. **Fournier.** Direction générale du traitement de la syphilis. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 103 u. 107.
13. **Thiéry.** Contribution à l'étude du traitement abortif de la syphilis. — Gaz. méd. de Paris 1888, Nr. 31—34. Ref.: Ann. de derm. et syph. Nr. 1, pag. 47, 1889.

Klinische Vorlesungen, in denen Hebra (1) die Vor- und Nachtheile der Injection der löslichen und unlöslichen Hg-Präparate bespricht, um sich schliesslich für erstere, besonders für die Sublimat-Chlornatrium-Injectionen auszusprechen. Finger.

Damperow (2) erzielte sehr günstige Erfolge mit Hg-Oxyd in 179 Syphilisfällen (alles Frauen), bei welchen er circa 855 Injectionen gemacht hatte. Verfasser benutzte eine Gummisuspension von Hg. oxyd. flav. via humida parat. (1·0—1·05 : 30·0). Szadek.

Eine vorwiegend kritisch-polemische Studie, in der Verfasser zunächst nochmals die Bereitung, Dosirung, Methode der Injectionen des grauen Oels, deren Resultate, örtliche und allgemeine Reaction bespricht. Was die örtliche Reaction betrifft, mag erwähnt werden, dass nach Ullmann's (3) Erfahrung Massage der Injectionsstelle nach der Injection die localen Reizerscheinungen nicht mildert. Ebenso verdient Erwähnung, dass bei 2 an Lues cerebri zur Section gelangten Individuen, an denen kurz vorher Injectionen von grauem Oel vorgenommen wurden, die Section keine Spur von Infiltraten ergab. Ullmann lässt sich hierauf in eine eingehende Polemik ein gegenüber den Einwänden, die sowohl dem grauen Oel als den Injectionen unlöslicher Hg-Präparate in jüngster Zeit gemacht werden. Indem Referent bezüglich dieses Theiles der Arbeit auf das Original verweist, will er nur noch erwähnen, dass Lang das graue Oel ausser zur Allgemeinbehandlung auch für locale Therapie empfiehlt und bei syphilitischer Skleradenitis, in der Nachbarschaft der Drüsen, im Bereich deren Lymphgefässgebietes, also peripher, bei gummösen Tumoren möglichst nahe an denselben, Injectionen vornimmt, deren prompte Erfolge Ullmann rühmt. Finger.

Kronfeld (4). Die Ausscheidung des Quecksilbers bei Injectionen von grauem Oel geht nach analogen Gesetzen vor sich, wie bei Einwirkung anderer Quecksilberpräparate. Die Resorption hängt mit der Quantität, der Menge des Injicirten zusammen, es tritt aber Hg im Urin rascher auf, wenn das zur Injection verwendete Quantum an zwei Injectionsstellen vertheilt, als wenn es nur an einer Stelle zur Injection gelangt. Finger.

Mayençon (5) schlägt vor, bei Hg-Vergiftungen einen Versuch mit Pilocarpininjectionen behufs schnellerer Ausscheidung des Quecksilbers durch

Speichel, Schweiss und Harn zu machen, da er bei abwechselnder Application von Sublimat- und Pilocarpininjectionen auffallend viel Hg in den Secreten gefunden hat. Jadassohn.

Stelwagon (6) bestreitet die Angabe Wood's, dass, wenn Jod in grossen Dosen bei Erkrankungen des Centralnervensystems gut vertragen wird, dies ein Beweis für die syphilitische Natur der Erkrankung ist, und zeigt durch eine Reihe von Beispielen, dass Syphilitiker ebenfalls bei Darreichung von Jodpräparaten von heftigem Jodismus befallen werden können. Ledermann.

Fournier (12) gibt eine kurze Zusammenfassung seines allgemein bekannten Regime der Luestherapie, ohne darin etwas wesentlich Neues zu bringen.

Thiéry (13) hat bei 10 Kranken die Excision des Primäraffectes versucht. Von diesen haben sich nur 6 wieder vorgestellt, die mit Ausnahme von 2 sämmtlich von Secundärsymptomen befallen wurden. Die Schlüsse, die Verfasser aus seinen Versuchen zieht, sind folgende: Die Excision des Schankers als abortive Behandlung der Lues ist eine zweifelhafte und unzuverlässige Methode, besonders wenn schon Drüsenschwellungen bestehen. Auch die Exstirpation der Drüsen gewährt keine Sicherheit. Auf die Abschwächung des Giftes scheint die Excision keinen merklichen Einfluss auszuüben; dagegen ist sie als locale Behandlung des Schankers empfehlenswerth. Ledermann.

VI.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Vaccinationslehre.

(Redigirt von Prof. **Alois Epstein** in Prag.)

Pfeiffer L. Weitere Untersuchungen über Parasiten im Blut und in der Lymphe bei den Pockenprocessen. — Correspondenzbl. d. allg. ärztl. Vereins v. Thüringen, 1888, Nr. 11.

Pfeiffer hat in einer früheren Mittheilung (s. Ref. d. Zeitsch. Bd. XV, 1. H., pag. 130) auf das Vorkommen eigenartiger Zellgebilde in dem Bläscheninhalte bei Vaccine, Varicella und Herpes zoster aufmerksam gemacht, die er als thierische Parasiten, die an Coccidien erinnern, deutete. In der vorliegenden Mittheilung wird diese Deutung richtig gestellt. Es stellte sich heraus, dass gleiche Formen mit den gleichen Bewegungsvorgängen in den Exsudaten aller blasenbildenden Exantheme (Pemphigus, Erythema multif. exsud., Cheiropompholix, Aphthen), ferner bei Noma, Sarkom, Dysenterie und Diphtherie ebenfalls vorkommen. Es stellte sich ferner heraus, dass obige Gebilde nicht zu den Coccidien gezählt werden können. Die eigenthümlichen Bewegungen jener Zellen erinneren an parasitäre Amöben. Der Verfasser stellt es aber als möglich hin, dass es sich um grosse, grobgranulirte Zellen handelt, die vielleicht Phagocyten sind.

v. Jaksch (Graz): Ueber den klinischen Verlauf der Schutzpocken. — Jahrb. f. Kind. Bd. XXVIII, pag. 257.

Die Symptomatologie der Schutzpocken, namentlich das Verhalten der Temperatur, des Pulses, der Respiration und des Harnes ist durch die dankenswerthe Arbeit v. Jaksch's erweitert worden. Zur Untersuchung dienten 19 auf der Grazer Klinik aufgenommene kranke oder reconvalescente Kinder im Alter von 1—12 Jahren. Die Temperaturmessungen wurden zweistündlich vom Tage der Impfung an vorgenommen. In den ersten zwei Tagen wurde im Gegensatze zu den Angaben Hennig's und Bohn's eine Steigerung der Temperatur nicht beobachtet. Vielmehr zeigte sich in den meisten Fällen eine niedrige Temperatur (bis 36° C.). Dann steigt dieselbe ganz allmälig an und tritt die erste febrile Temperatursteigerung zwischen der 45.—164. Stunde nach der Impfung auf. Der weitere Anstieg erfolgt treppenförmig, jedoch meist ziemlich rasch, so dass oft schon am ersten Fiebertage die Akme erreicht wird. Diese schwankte zwischen 38—40·5° C. In der Mehrzahl hielt das Fieber 4—6 Tage, in maximo 11 Tage an. Der Gang war deutlich remittirend; charakteristisch ausgeprägt war in allen Fällen der treppenförmige stets bis unter die Norm erfolgende Abfall des Fiebers. Das Fieber zeigte sich nicht abhängig, wie dies auch Bohn hervorhebt, von der Intensität der Localaffection, indem bei starker Röthung das Fieber manchmal niedrig war und umgekehrt. Die Akme des Fiebers fiel nicht immer mit der höchsten Entwickelung der Pusteln zusammen; bisweilen

ging sie ihr voraus, häufig folgte sie nach. Die Pulsfrequenz zeigte unmittelbar nach der Impfung keine Veränderung, mit Eintritt des Fiebers war sie sowie auch die Respiration meist erhöht. Der Harn war während des Fiebers weder vermindert noch dichter. Es fiel auf, dass im Stadium incubationis nicht selten die Harnmenge vermehrt war, während häufig erst nach Ablauf des Fiebers eine Verminderung derselben eintrat. Eiweiss, Aceton war nie vorhanden. Der Harnstoff schien in vermehrter Menge vorhanden zu sein. Auf Grund dieser Beobachtungen betont v. Jaksch neuerdings, dass die Krankheitserscheinungen nicht von der localen Affection bedingt sind und das Fieber der Ausdruck der Allgemeininfection ist. Entgegen den bisherigen Beobachtungen zeigte sich im Allgemeinen eine grössere Dauer des Fiebers $4\frac{1}{2}$—5 Tage, in den meisten Fällen war dieselbe höher als dies angegeben wird, die höchste Steigerung betrug 40·5° C. Einzelne Kinder hatten im Spitale Varicella überstanden. Dennoch haftete die Impfung — eine neue Stütze für die Ansicht, dass die Varicella von der Variola und Variolois unabhängig ist.

Voigt. Ueber Impfschäden. — Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 43.

Voigt knüpft an die Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes über die Ergebnisse des Impfgeschäftes während der Jahre 1883 und 1884 an. Im Jahre 1883 sind 18, im Jahre 1884 17 Todesfälle im Anschluss an die Impfung gemeldet worden; darunter 19 Todesfälle an Erysipel, 8 an Verschwärung oder Gangrän der Impfpusteln, 2 an Entzündung und Eiterung des Unterhautzellgewebes, 3 an Blutvergiftung und 3 an exanthemischen Processen. Es kämen demnach in Deutschland auf 10 Mill. Einwohner jährlich etwa 4 Todesfälle nach der Impfung. Diesen gegenüber stehen in Deutschland nur 10mal so viel Todesfälle an Blattern. Der enorme Fortschritt tritt aber beim Vergleiche mit dem ohne Impfschutz gebliebenen Oesterreich hervor. Letzteres hatte im Jahre 1884 5100 Pockentodte auf 10 Mill. Seelen und in Prag kamen deren 260 auf 100.000 Einwohner (26.000 auf 10 Mill.). Die bisherigen Untersuchungen machen es wahrscheinlich, dass in jeder Vaccine eine Reihe verschiedenartiger Mikroben vorhanden sind, die einander beeinflussen und nicht nur das Contagium bilden, welches den Pocken- oder Impfschutz liefert, sondern die auch den Eiterungsprocess bedingen. Es ist ferner wahrscheinlich, dass es zum Theil von der jeweiligen Menge dieser verschiedenen Mikroben abhängt, wie sich die Begleiterscheinungen der Pustelung gestalten. Ein zu grosser Eitergehalt der Kalbspusteln verträgt sich z. B. nicht mit der Fortpflanzungsfähigkeit des Impfstoffes und bei Verimpfung humanisirter Lymphe pflegt es zu entzündlichen Erscheinungen zu kommen, wenn dieselbe von Impfpusteln mit einer entzündeten Areola abstammt. Ob die mitunter vorkommenden Convulsionen vom Fieber oder vom Vaccineprocess hervorgerufen werden, ist fraglich. Immerhin ist es gerathen, Kinder, welche zu Convulsionen oder zu Laryngismus stridulus neigen, nicht zu impfen. In den heissen Sommerwochen werden die localen Erscheinungen stürmischer und es gesellen sich gern vaccinale Reizungen der Haut hinzu. Dass durch das Zusammenströmen der Kinder Infectionskrankheiten verbreitet werden können, wird durch mehrere Erfahrungen bewiesen. Aus Posen berichtet ein Impfarzt, dass an zwei Orten einer Impfstation sämmtliche Erstimpflinge von dem daselbst herrschenden Scharlach und Diphtherie, sowie von Diphtherie der Impfpusteln befallen wurden. In einem anderen Orte (Lenkutschen) war am Tage vor der Impfung ein Kind an Scharlach gestorben. Die Leiche lag in einem Raume neben dem Zimmer, in welchen der Impftermin abgehalten wurde. Wenige Tage nach der Impfung erkrankten und starben mehrere der dort geimpften Kinder an Scharlach. Gegen die Wiederholung solcher Uebelstände

wird jetzt die Verordnung vom Jahre 1886 gehandhabt, welche bestimmt, dass an Orten, wo infectiöse Krankheiten herrschen, die Impfung nicht vorgenommen oder unterbrochen werden soll. Ueberdies werden die Angehörigen aufmerksam gemacht, dass sie aus inficirten Häusern keine Kinder in den Impfsaal bringen dürfen. Dank der immer mehr zur Verwendung gelangenden animalen Vaccine sind in den Jahren 1883 und 1884 keine Fälle von Impfsyphilis in Deutschland vorgekommen. Der einzig bekannt gewordene Fall betrifft das Jahr 1885. In Tauberbischoffsheim zeigten 4 mit humanisirter Lymphe geimpfte Kinder etwa 4—6 Wochen nach der Impfung Symptome der Syphilis. Der Stammimpfling wurde gesund befunden, obwohl er bei einer syphilitischen Pflegemutter in Kost war. Von den 4 nach der Impfung syphilitisch gefundenen Kindern stammten 3 von syphilitischen Eltern und hat es sich bei ihnen offenbar um ererbte Syphilis gehandelt. Vielleicht wurde von einem derselben die Krankheit mittelst der Lancette auf das vierte Kind übertragen. Die Verordnung vom Jahre 1887 bestimmt also mit Recht: dass die Lancette nach jeder Impfung vorschriftsmässig zu reinigen ist. Die Uebertragung der Tuberculose durch animale Vaccine ist bisher nicht erwiesen. Durch die obligatorische Untersuchung der geschlachteten Impfkälber kann sie vermieden werden. Was die Lepra betrifft, so ist die Uebertragung derselben durch die Schutzpockenimpfung aus naheliegenden Gründen nicht zu fürchten. Die Möglichkeit aber liegt vor. Gaindner berichtet, dass ein Arzt in Trinidad, welcher rein europäischer, leprafreier Abstammung war, seinen eigenen Sohn mit der Lymphe eines zwar noch gesund aussehenden, aber einer Leprafamilie angehörenden Kindes vaccinirt habe. Sein Kind diente wieder als Abimpfling für das Kind eines europäischen Schiffscapitäns. Beide Kinder wurden nach 2—3 Jahren leprös. Was das Erysipel betrifft, so dürfte es wohl vermieden werden können, wenn nur die Aerzte die unerlässliche Selbstcontrole üben und weder sich selbst noch die Instrumente zu Trägern des Rothlaufs werden lassen. Verfasser hat unter 2500 Kälbern nur ein einziges Mal auf dem Pustelfelde eine Hautentzündung beobachtet, welche als Erysipel gedeutet werden konnte. Beim Früherysipel gelangen die Erysipelcoccen mit der Lymphe oder dem Instrumente oder mit der Luft direct in die Wunde. In Mögeldorf erkrankten von 106 Erstimpflingen 36 an Früherysipel, das binnen 2—3 Tagen sich entwickelte. In Möglingen erkrankten von 5 Kindern, welche als Abimpflinge dienten, 4 Kinder binnen 24 Stunden an Erysipel, 3 starben. In Offenburg erkrankten von 26 geimpften Kindern 25 an Früherysipel. Die Lymphe stammte von einem gesunden Kinde und war mit Glycerin vermischt. In Prieros erkrankten 5 Kinder an vaccinalem Erysipel. Im Impflocale war Tags vor der Impfung eine Frau mit Kopferysipel gewesen, auch die Impfmütter hatten mit ihr verkehrt. Von Pusteln mit gerötheter Areola soll nicht abgeimpft werden (?); Selbstcontrole, Desinfection der Instrumente, Asepsis bei der Gewinnung und Conservirung der animalen Lymphe sind angezeigt. Was die Spätervsipele betrifft, so ist nicht die Impfung, sondern später hinzugekommene, auf die Impfpusteln einwirkende Einflüsse verantwortlich zu machen. Die entzündlichen Processe, Phlegmonen, Bubonen, die Verschwärungen der Impfpusteln, die Gangrän und Blutvergiftung können sowohl in der schlechten Beschaffenheit der Lymphe als in den die Pusteln nachträglich treffenden Schädlichkeiten ihren Grund haben. In Giessen entstand nach Verimpfung animaler Vaccine auf 8 Kinder bei 7 eine Phlegmone (ohne Todesfall). Bei Revaccinirten kommt es überhaupt gern zu weiterer Ausbreitung der Entzündung. Man vermeide eiterige und geborstene Pusteln und ebenso auch die Flächenimpfung. Die Lymphe, sowohl die humanisirte als die animale, kann die Quelle impetiginöser und eczematöser Ausschläge werden. In Hamburg wurden im Jahre 1878

von einem gesunden und auch später gesund gebliebenen Kinde 7 kleine Kinder und 17 12jährige geimpft. Bei allen trat 2 Tage nach der Impfung Fieber auf, die Stiche entzündeten sich, wurden zu Blasen und es entstand ein multiformes herpetisches Eczem am Körper. Die am selben Tage mit einer anderen Lymphe geimpften Kinder blieben gesund. Auf Rügen erkrankten in 8 Dörfern 342 Personen, darunter 17 Erwachsene nach der Impfung. Die Stammlymphe, aus dem Impfinstitut in Stettin bezogen, wurde einigen gesunden und gesund gebliebenen Kindern eingeimpft. Die denselben abgenommene Lymphe kam mit Glycerin vermischt zur Verwendung. Eine Commission bezeichnete den Ausschlag als Impetigo contagiosa oder Herpes tonsurans. Zu ähnlichen Erscheinungen kam es im Jahre 1885 bei Verimpfung animaler Lymphe in der Gegend von Cleve bei etwa 1000 Kindern und im Jahre 1887 bei 600—800 Kindern in Elberfeld. Der ebenfalls als Impetigo contag. oder Herpes tons. bezeichnete Ausschlag verbreitete sich auch bei den Angehörigen der Kinder. In den Pusteln wurde das Trychophyton tonsurans gefunden. Andere Impfschäden sind Roseola oder Urticaria-ähnliche Ausschläge, ferner Furunkeln. In Bremen und in Merzig wurden gehäufte Fälle von Icterus bei Wiedergeimpften beobachtet. Durch die Verbesserungen der Impftechnik und die thunlichste Aseptik, durch die Vermeidung der Abimpfung nicht normaler Pusteln werden die Impfschäden immer seltener werden.

Peiper E. Zur Frage der Uebertragung der Tuberculose durch die Vaccination. — Internat. klin. Rundschau 1889.

Durch die Entdeckung der infectiösen Eigenschaften des tuberculösen Virus war die Gefahr der Uebertragung der Tuberculose durch die Schutzpockenimpfung in den Vordergrund gerückt. Die Frage wurde des Näheren erwogen, als Toussaint (1881) die Mittheilung machte, dass es ihm gelungen sei, mit der Lymphe einer perlsüchtigen Kuh, welche 7 Tage zuvor von einem gesunden Kinde retrovaccinirt worden war, bei einem Kaninchen und einem Schweine Tuberculose hervorzurufen. Dies gab Veranlassung, zunächst die Lymphe tuberculöser Individuen auf Tuberkelbacillen zu untersuchen. Die Untersuchungen von L. Meyer und P. Guttmann, Strauss, Acker ergaben in dieser Beziehung ein negatives Resultat. Ebenso fielen die Impfversuche von Straus, welcher die Lymphe in die vordere Augenkammer von Kaninchen einbrachte, sowie auch die Versuche Josserand's welcher die Lymphe von 14 Phthisikern einer grösseren Anzahl von Meerschweinchen subcutan oder in die Bauchhöhle injicirte, negativ aus. Weitere Untersuchungen wurden nun von Peiper ausgeführt. 16 Phthisiker, welche noch nicht oder vor vielen Jahren revaccinirt worden waren, wurden mit animaler Lymphe geimpft. Bei 10 derselben kam es zur Entwickelung von Revaccinbläschen, aus denen am 7.—9. Tage die Lymphe entnommen und untersucht wurde. In keinem der 47 Präparate konnten Tuberkelbacillen nachgewiesen werden. Ein 57 Jahre alter Mann starb am 18. Tage nach der Impfung, welche drei regelrechte Pusteln zur Folge gehabt hatte. Das p. m. excidirte Impffeld wurde genau mikroskopisch untersucht. Weder im Pockenboden noch in der Umgebung liessen sich Tuberkelbacillen nachweisen. Durch diese und die vorausgehenden Untersuchungen verliert jedenfalls die von den Impfgegnern in übertriebener Weise angenommene Gefahr der Uebertragung der Tuberculose wesentlich an Bedeutung. Trotz der negativen Ergebnisse kann aber die Möglichkeit der Uebertragung nicht absolut verneint werden, besonders wenn man die recht zahlreichen Beobachtungen von cutaner Impftuberculose bei gesunden Individuen berücksichtigt, welche in den letzten Jahren bekannt geworden sind. Sie lassen keinen Zweifel bestehen, dass sich in einer Reihe von Fällen von oberflächlichen

Hautwunden oder Wundflächen aus Tuberculose entwickelt hat. Die Uebertragung der Tuberculose durch Verimpfung animaler Lymphe kann jedoch als ausgeschlossen gelten, da einerseits die Perlsucht bei jungen Kälbern überaus selten ist und andererseits nach den in Deutschland bestehenden Anordnungen die Kälber einer genauen thierärztlichen Untersuchung unterzogen werden und vor der Verwendung der Lymphe die Schlachtung des Thieres die Gesundheit desselben erweisen muss.

Th. Chalybäus. Die animale Vaccination im königl. Impfinstitut zu Dresden. Deutsche Medizinal-Zeitung 1888, Nr. 70—73.

Der Bericht gibt einen Einblick in die treffliche Leitung der Anstalt und enthält in knapper Form die bei der Gewinnung der animalen Lymphe im Dresdner Institute in Uebung stehenden Massregeln, welche den neuesten Fortschritten auf diesem Gebiete entsprechen. Seit April 1885 ist die Anstalt in staatlicher Verwaltung, seit December 1887 besteht ein neues zweckmässiges Gebäude, dessen Plan und Einrichtung dem Berichte genauer entnommen werden kann. Im Hauptgebäude ist enthalten: im Erdgeschoss der Impfraum von 3·80 : 6·45 Metern, mit drei Fenstern, Asphaltfussboden mit Schnittgerinne und Abflussloch, das Arztzimmer, ein Eisschrankraum, der Sommerstall für sechs Kälberstände, die im Kreissegmente von 110° angeordnet sind, so dass die Thiere mit dem Kopfe nach innen stehen ferner ein heizbarer Winterstall. Asphaltboden, Wasserleitung, Ventilation, Oelanstrich bezwecken die möglichste Sauberkeit des Impfraumes und der Ställe. Im Dachgeschoss ist die Wohnung des Wärters und die Futterräume enthalten. In einem Nebengebäude befindet sich der Wasch- und Desinfectionsraum, der Kranken- und Contumazstall für drei Kälberstände. Die Inventareinrichtung ist zweckentsprechend, enthält Apparate zur Sterilisirung der Instrumente und Gefässe, zur mikroskopischen und bacteriologischen Untersuchung, zum Milchkochen und -Conserviren. Die Baukosten betrugen 18.900 Mark, das Inventar kostet 3100 Mark. Der ärztliche Vorstand des Institutes bezieht ein Gehalt von 2400 Mark, der Assistent 600 Mark. Ein Thierarzt vermittelt die Beschaffung der Impfkälber. Die Betriebskosten betrugen im Jahre 1887 1826 Mark. Die Impfthiere werden gegen eine feste Entschädigung an den Fleischer zur Impfstoffgewinnung verwendet und nach der Rückgabe sofort unter Aufsicht des Thierarztes geschlachtet. Die Aufenthaltsdauer der Thiere in der Anstalt beträgt sieben Tage im Durchschnitte. Für den guten Gesundheitszustand derselben spricht der Umstand, dass das durchschnittliche Gewicht von 88·7 Kilogramm durchschnittlich um 7·3 Kilogramm zunahm. Die Leihgebühr beträgt 15 Mark pro Stück. Bei 16 Thieren wurde nur Thierlymphe, bei 9 vorwiegend Thierlymphe, bei 5 Thier- und Menschenlymphe gleichermassen, bei 4 vorwiegend Menschenlymphe verwendet. Das Alter der mit gutem Erfolge verwendeten Thierlymphe belief sich bis auf 1½ Monate, das der Menschenlymphe bis zu 2½ Monaten. Die Impfung geschieht unter entsprechenden antiseptischen Vorsichtsmassregeln, bei strenger Desinfection der Hände, Instrumente, Gläser und Materialien. Als Impffeld wurde der Bauch zwischen den Schenkeln bis zum Nabel benützt, ferner stets die Fläche des Milchspiegels und die vordere und hintere Seite des Hodensackes. Nach Einseifung und Rasirung des Impffeldes wird dasselbe 10 Minuten lang mit Seife und Bürste abgerieben und hierauf mit 1‰ Sublimatlösung, dann mit abgekochtem Wasser abgespült und mit Wattetupfern abgetrocknet. Es werden 120—200 einfache, 1—3 Centimeter lange, nur ausnahmsweise blutende Schnitte, meist in der Richtung der Körperlänge angebracht, zuweilen auch kleine scarificirte Flächenimpfungen von 5—10 □Centimeter. Die Lymphe wird auf die Impflanze genommen und nachher auch mittelst eines Instru-

mentes eingedrückt. Eine täglich wiederholte Reinigung der Impffläche erwies sich als unnöthig und unvortheilhaft. Ein festes Anbinden der Thiere oder feste Verbände wurden vermieden. Die aus Thierlymphe erzeugten Pocken waren in der Regel grösser, weicher und gelblicher als die aus der Menschenlymphe. Vor der Abimpfung wird das Impffeld mit Seife und warmem Wasser sorgfältig abgewaschen und abgetupft, die etwa noch vorhandenen kleinen Borken mit der Pincette abgehoben. Die Pocken werden mittelst des scharfen Löffels ohne wesentliche Blutbeimengung abgeschabt. Unvollkommene Pocken wurden nicht benützt. Einige Kälber wurden sofort nach der Tödtung und Ausblutung an Ort und Stelle abgeimpft. Man hat dabei den grossen Vortheil, dass das Thier vollständig ruhig liegt, dass keine Blutung erfolgt und man demnach die Ausschabung gründlicher vornehmen, also reichlicheren Impfstoff gewinnen kann. Dem in einer Glasreibschale fein verriebenen Stoffe wird Glycerinwasser (zu gleichen Theilen) zugesetzt. Die Emulsion wird mittelst eines Gummirohres in gläserne Röhrchen eingesaugt und an beiden Enden mit Lack verschlossen. Die Röhrchen werden in mit Watte ausgelegten Glastuben und Blechkapseln verschlossen und im Sommer im Eisschrank aufbewahrt. Ein geimpftes Kalb lieferte durchschnittlich 2099 Portionen. Zusammen wurden 65245 Portionen abgegeben. Aus dem Berichte der Sanitäts-Direction ergibt sich, dass von den mit der Dresdner Lymphe in der Armee vorgenommenen 10220 Wiederimpfungen 1603 erfolglos waren. Bei den öffentlichen Impfungen wird meist die Impflanze mit einer dicken kurzen Klinge angewendet, und auf beiden Armen je 3—5 Schnitte von $^1/_2$—1 Centimeter Länge und 2 Centimeter Entfernung parallel der Längsrichtung des Armes gemacht; quere Wunden klaffen nicht bei der queren Spannung der Haut. Kreuz- und Kritzelschnitte werden nicht, auch nicht bei Revaccinationen gemacht. Die Lymphe wird durch festes Anstreichen mit der Längenfläche in die Schnitte eingedrückt, während diese durch Spannen der Haut klaffend erhalten werden. Die Impflinge auf das Eintrocknen der Lymphe warten zu lassen, scheint Ch. nutzlos zu sein. Kinder mit schmutziger Haut und unsauberem Hemd werden zurückgewiesen. Eine vorausgehende desinficirende Reinigung der Impfstelle wird nicht vorgenommen. Die früher meist hervorgehobene Erscheinung, dass sich bei animaler Lymphe die Pocken langsamer entwickeln, ist nicht constant. Sie zeigt sich nur, wo eine schwache, stark verdünnte oder alte Lymphe verwendet wird. Kräftige, junge und concentrirte Thierlymphe entwickelt ihre Pocken ebenso schnell, wie die humanisirte. Ueber krankhafte Erscheinungen im Gefolge der Impfungen ist im Berichtsjahre nichts bekannt geworden.

Geissler, Dr. Medicinalrath: Berichte über das Impfwesen im Königreiche Sachsen während des Jahres 1887. Correspondenzblatt der sächsischen Kreis- und Bezirksvereine. XLV. Bd. Nr. 1—3, 1888.

Der Bericht umfasst die vier sächsischen Impfinstitute Bautzen (Wengler), Dresden (Chalybäus), Leipzig (Blass) und Frankenberg (Fickert) und ist wie seine Vorgänger (siehe die Referate d. Z. Bd. XIV, H. 3 und Bd. XV, H. 1) gehalten. Die Betriebskosten betrugen 6744 Mark, 4 Pfennig, die Gehalte und einmaligen Ausgaben ausgeschlossen. Die gewonnene Lymphe reichte für 3051 Sendungen aus, wobei der von den Institutsvorständen verbrauchte Impfstoff nicht einberechnet ist. Die zwar nicht vollständigen Berichte der Impfärzte über die Wirksamkeit der Lymphe ergeben bei 67297 Erstimpfungen ein Haftungsprocent von 96·9, bei 53235 Wiedereinimpfungen von 93·2. Im Vergleich zum Vorjahre ist nicht zu verkennen, dass eine grössere Uebung sowohl in der Gewinnung, als in der Verwendung der Thierlymphe die Sicherheit der Wirkung ge-

steigert hat. Bei den Wiederimpfungen sind sogar die jetzt gewonnenen Erfolge im Allgemeinen günstiger als früher, wo man nur mit Menschenlymphe impfte. Hiefür sprechen auch die Erfahrungen der Militärärzte bei Revaccination. Zur Kälberimpfung wurde entweder ausschliesslich humanisirte Kinderlymphe (Bautzen) oder ausschliesslich animale Lymphe oder zugleich beide Arten verwendet. Es wurde bemerkt, dass die Menschenlymphe am 6., oder am Beginn des 7. Tages nach der Vaccination entnommen werden müsse, die am vollendeten 7. Tage aber beim Kalbe sehr unsicher wirkt. Vom Bautzner Institute wurde die früher geübte Flächenimpfung mit Kreuzschnitten aufgegeben und vorzugsweise die Dammgegend und die innere Fläche der Oberschenkel zur Schnittimpfung benützt. Der Vorstand des Frankenberger Institutes gab sich Mühe, um die Verunreinigung der Lymphe durch Haare zu verhüten. Nach verschiedenen Versuchen fand er es am zweckmässigsten, die Umgebung der Impfstelle mit einer Harzpomade einzureiben und damit die Haare zu fixiren. Die Thiere wurden nach dem Abimpfen geschlachtet. Bei einem Kalbe des Frankenberger Institutes wurde eine Infiltration der rechten Lungenspitze vorgefunden. Bei dem Thiere war schon die Abimpfung unterblieben, weil die Temperatur 41·6° betragen hatte und die Pusteln fast ganz vertrocknet waren. Im Ganzen wurden von den Instituten 14214 Röhrchen an öffentliche Impfärzte, 1418 an Privatärzte und 1367 an Militärärzte versendet. Geimpft wurden 110 Kälber, von denen 103 brauchbare Lymphe lieferten. Ueber krankhafte Erscheinungen im Gefolge der Impfung bei Kindern liegen Seitens der Institutsvorstände nur vereinzelte Angaben vor. Die Vorstände in Dresden und Leipzig hatten wiederholt Gelegenheit, ein allgemeines Exanthem von kurzer Dauer, welches der Form nach den Masern, Rötheln oder der Urticaria glich, zu beobachten. Pemphigusähnliche Exantheme wurden im Marienberger Bezirke beobachtet. Gemeldet wurde auch ein Fall von Wander-Erysipel. Die Zahl der im Königreiche Sachsen im Jahre 1887 vorgenommenen Erstimpfungen betrug 97258, die der Wiederimpfungen 74855. Zu den Pflichtigen berechnet, stellt sich das Procent der Geimpften auf 82·8 Procent, der Revaccinirten auf 97·6 Procent. Fast sämmtliche Impfungen (99·8 Procent) und Wiederimpfungen (99·7 Procent) wurden mit Thierlymphe und zwar in der Mehrzahl mit der sogenannten Glycerinlymphe vorgenommen. Die Menschenlymphe gelangte nur noch bei 376 Kindern zur Verwendung. In zehn Bezirken wurde ein Haftungserfolg von 99 bis 99·5 Procent erzielt, der kleinste war 85·9 Procent. Unter je 100 Pflichtigen wurden 15·5 zurückgestellt. Der Impfpflicht entzogen haben sich 1·6 Procent Erstimpflinge und 0·4 Procent Wiederimpflinge. Stets sind es nur einige wenige Orte, welche sich renitent verhalten. Die Berechnung ergibt, dass etwa 1825 Impfungen auf ein Impfkalb entfallen. Da sich die Gesammtzahl der vorgenommenen Impfungen und Wiederimpfungen mit 188000 annehmen lässt, und die Gesammtausgaben (Gehalte, Betriebskosten, Versendungskosten) 16.056 Mark betrugen, so kommt demnach für den Staat die Einzelimpfung auf rund $8\frac{1}{2}$ Pfennig zu stehen. Mit wenig Ausnahmen werden von den Impfärzten Schnitte angelegt, wobei die einen horizontale, andere senkrechte Schnitte vorziehen. Vom Stiche ist man fast ganz abgekommen. Die Impfärzte berichteten über 63 Fälle von Rothlauf. Am häufigsten scheinen die Spät-Erysipele bei Schulkindern zu sein. Ueble Ausgänge wurden jedoch nicht beobachtet. In Chemnitz kam es vor, dass bei einem mit animaler Lymphe geimpften Mädchen, bei welchem am Impftermine Krankheitserscheinungen nicht zu bemerken gewesen, am Tage der Revision Condylome an den Genitalien sichtbar waren. Ueber den Ursprung der Syphilis konnte nichts ermittelt werden.

Buchanzeigen und Besprechungen.

Atlas des maladies de la peau (Dermatologie et Syphilographie) par le Dr. Silva Araujo, 1er, 2ième et 3ième fascicule, Rio de Janeiro 1883, 1887.

Angezeigt von Prof. M. Kaposi in Wien.

Unter obigem Titel sind die drei ersten Hefte eines Atlas der Hautkrankheiten und Syphilis von dem verdienstvollen, an der allgemeinen Poliklinik in Rio Janeiro thätigen Autor erschienen. In Quartformat und schöner Ausstattung bringt das 1. Heft den (französischen) Text von Trichomycosis favosa mit einer colorirten Tafel, Heft 2 Trichomycosis pustulosa barbae. Heft 3 Elephantiasis arabum. Text und photographische Abbildungstafel nach des Autors bekannter Arbeit über diese Krankheit, aus welcher insbesondere Aetiologie und die erfolgreiche Behandlungsmethode mittelst Elektricität, welcher Araujo schon früher das Wort geredet, eingehende Lecture verdienen. Wir wünschen dem schönen literarischen Unternehmen den besten Erfolg.

Kritik der Vaccinations-Statistik und neue Beiträge zur Frage des Impfschutzes. Denkschrift an den IX. internationalen Congress zu Washington. Von Josef Körösi. Zweiter erweiterter Abdruck. Berlin 1890, Puttkammer & Mühlbrecht. 240 Seiten. Preis 6 Mark.

Angezeigt von Prof. Alois Epstein in Prag.

Der durch seine sociologisch-statistischen Arbeiten rühmlichst bekannte Director des statistischen Bureaus in Budapest, Körösi, welcher schon früher der Impffrage näher getreten ist („Die Wiener impfgegnerische Schule und die Vaccinationsstatistik", Ref. Archiv

für Dermatologie und Syphilis, 1888, S. 471 und „Neue Beobachtungen über den Einfluss der Schutzpockenimpfung auf Morbidität und Mortalität", Ref. daselbst, S. 473), hat in vorliegender Schrift einen neuen werthvollen Beitrag für die Frage des Impfschutzes — und wie vorweg bemerkt werden muss — in positivem Sinne geliefert. Es ist interessant einen Mann zu hören, der unabhängig von der Schulmeinung und durch die praktische Erfahrung unvoreingenommen einzig und allein auf Grund der statistischen Untersuchung und einer allerdings nicht gewöhnlichen logischen Durchbildung möglichst objectiv die Frage zu beantworten sucht, ob und in wie weit die Impfung vor Blattern schützt.

Bis heute noch steht eine Reihe wissenschaftlicher Namen offen im Lager der Impfgegner, während ein anderer Theil die Unsicherheit in dieser Frage einbekennt. Es ist somit in einer Zeit, wo die Impfskepsis noch in voller Blüthe steht, wo sogar die Gegensätze sich soweit zugespitzt haben, dass die Einen die gesetzliche Einführung des Impfzwanges, die Anderen dagegen das gesetzliche Verbot der Impfung fordern, und wo endlich die gesetzgebenden Körperschaften, wenn sie eine Entscheidung in dieser Sache zu treffen haben, zunächst die Frage des Impfschutzes gelöst wissen wollen, eine Kritik des Beweisverfahrens nicht nur nicht überflüssig, sondern aufs Dringendste nöthig.

Dieser Aufgabe hat sich der Verfasser mit Glück unterzogen. Indem er die impffreundliche und impfgegnerische Literatur beherrscht, und die in diesen Schriften niedergelegten statistischen Angaben so weit als möglich bis auf die Quellen verfolgt, versucht er im ersten Theile seiner Arbeit die bisher angewandten statistischen Methoden auf ihre Verwendbarkeit für die Frage des Impfschutzes zu prüfen. Er gelangt hiebei zu dem Schlusse, dass bei den bisher benützten Methoden nicht einmal die elementarsten Fragen beantwortet werden können, so z. B. ob die Blatternepidemien in Folge Einführung der Impfung abgenommen haben, desgleichen ob die Impfung vor Blatternerkrankung schütze — eine vielleicht doch etwas zu weit gehende Behauptung, wenn auch anerkannt werden muss, dass des Verfassers neue Methode mit besserem Erfolge die Untersuchung der Impffrage weiter zu fördern und damit die ersteren zu ergänzen geeignet ist.

In dem kritischen Theile seiner Arbeit untersucht Körösi die von der Impfvertheidigung ins Feld geführten Beweise und zwar

1. Die Abnahme der Blattern im neunzehnten Jahrhundert (historischer Beweis). 2. Die Seltenheit der Blatternepidemien in besser impfenden Staaten (geographischer Beweis). An diese indirecten Beweise schliessen sich die directen. 3. Geringere Morbidität der Geimpften. 4. Geringere Mortalität der Geimpften. 5. Geringere Letalität der Geimpften[1]). Andererseits werden die von den Impfgegnern gemachten Einwände und positiven Angriffe gegen die Theorie des Impfschutzes eingehend untersucht. Es ist unmöglich, an dieser Stelle die ungemein zahlreichen statistischen Daten und die ihnen entsprechenden Beweisführungen zusammenzufassen. Nur so viel sei erwähnt, dass Körösi durchaus nicht die Lückenhaftigkeit und Mangelhaftigkeit der von den Impfvertheidigern erbrachten Daten und Beweise zu verdecken sucht, sondern dieselben, wo es nöthig ist, in die gebührlichen Schranken zurückweist. Man wird aber doch den Eindruck gewinnen, dass die Beweisführung der Impfgegner auf viel schwächeren Füssen steht und dass in diesem Lager Unwissenheit und Unwahrheit allzusehr ihr Wesen treiben. Die Kritik der Arbeiten Müller's und Keller's, der Schriften von Reitz und Vogt ist geradezu vernichtend. Die Daten Müller's sind in ihren Grundzügen unwahr, die Daten Keller's, wie der Verfasser durch die Revision der Quellen nachweist, absichtlich gefälscht, die Angaben von Reitz und Vogt mindestens tendenziös dargestellt.

Im zweiten Theile seiner Arbeit veröffentlicht Körösi seine eigenen Untersuchungen auf Grund eines neuen statistischen Materials und einer neuen statistischen Methode. Das Material wurde in der Weise gesammelt, dass von den in ungarischen Spitälern an den verschiedensten Krankheiten behandelten 20.574 kranken und 2115 verstorbenen Personen der Impfzustand bei der Aufnahme erhoben und sodann das Materiale nach Krankheiten, beziehungsweise Todesursachen und Alter gesondert wurden. Ebenso wurde bei 20.306 in zehn ungarischen Städten verstorbenen Personen der Impfzustand mit Berücksichtigung des Alters notirt.

Die Rechnungsmethode Körösi's verfolgt den Zweck, den bisherigen gewichtigen Einwänden der Impfgegner zu begegnen, welche dahin lauten, dass es für die Beurtheilung des Impfschutzes

[1]) Wie viel von 100 Lebenden sterben an Blattern? (Mortalitäts-Coëfficient); wie viel von 100 Blattern-Erkrankten sterben? (Letalitäts-Coëfficient).

unerlässlich sei, den Impfzustand der Gesammtbevölkerung zu kennen (Problem der lebenden Gesammtheiten), und dass die wirkliche Ursache der grösseren Sterblichkeit Ungeimpfter an Blattern und der häufigeren Erkrankung derselben an Blattern nicht im Unterlassen der Impfung, sondern in den übrigen Lebensverhältnissen zu suchen sei, indem die Ungeimpften eine Auswahl der schwächlicheren Elemente repräsentiren. Körösi sucht nun zu beweisen, dass es möglich sei, auch ohne Kenntniss der Gesammtheit der Lebenden ein richtiges Urtheil über den Schutz der Impfung zu gewinnen, und dass das Problem der lebenden Gesammtheiten, welches für andere Fragen, so z. B. für die Berechnung der allgemeinen Sterbefrequenz berücksichtigt werden muss, in der Blatternfrage wohl entbehrlich sei. Dagegen lässt sich dem zweiten Einwande, dass nämlich die Ungeimpften ein im Allgemeinen widerstandsunfähigeres und deshalb gefährdeteres Materiale bilden, recht gut beikommen, indem untersucht wird, wie sie sich anderen Krankheiten gegenüber verhalten. Ein Beispiel möge genügen, um die statistische Methode Körösi's einigermassen zu kennzeichnen. Dasselbe bezieht sich auf die Untersuchung des Einflusses der Impfung auf die Morbidität (Tab. 1). Die Rechnung erstreckt sich auf alle über ein Jahr alten Individuen.

	Geimpfte	Ungeimpfte	Zweifelhaft	Zusamm.
Unter den an Blattern Erkrankten waren	631 = 56·7%	465 = 41·8%	17 = 1·5%	1.113
Unter den an sonstigen Krankheiten Erkrankten waren	16.135 = 83·9%	2.437 = 12·7%	666 = 3·4%	19.238
Zusamm.	16.766	2.902	683	20.351

Unter 19.238 an Nichtblattern Erkrankten befanden sich also 2.437 Ungeimpfte, d. i. 12·7%. Da nun die Anzahl der an Blattern Erkrankten 1.113 betrug, wären für den Fall, als die Impfung keinen Schutz gegen die Erkrankung gewährte, auch bei den Blatternkranken 12·7% Ungeimpfte, d. i. 141 zu erwarten gewesen. In Wirklichkeit ergibt sich aber, dass darunter 465 Ungeimpfte, d. i. 41·8% waren. Es wird also bei Blattern die bei Ungeimpften bestehende Erkrankungsdisposition blos in Folge der unterlassenen Impfung um das $3^1/_3$fache gesteigert. Berücksichtigt man die einzelnen Altersclassen, so erfährt man nach der gleichen Methode, dass die Schutzkraft der Impfung für alle Classen feststeht.

Noch schlagender bewährt sich die Methode, wenn nach derselben der Einfluss der Impfung auf die Mortalität untersucht wird. Unter den 13.378 an Nichtblattern Verstorbenen gab es 1839 Ungeimpfte, also 13·8%. Ist nun die Impfung ohne Einfluss auf die Gefahr den Blattern zu erliegen, so müssten auch bei den Blatternfällen die Ungeimpften 13·8%, d. i. 180 Fälle betragen. Statt dessen wurden aber 1.054, d. i. 80·8% gezählt, d. h. die Ungeimpften laufen nahezu sechsfach grössere Gefahr den Blattern zu erliegen, als die Geimpften. Dieselbe Methode auf die Untersuchung der Letalität anwendend, zeigt Körösi, dass die Ungeimpften blos in Folge des Ungeimpftseins einer beinahe fünffachen Gefahr den Blattern zu erliegen, ausgesetzt sind.

Was den Einfluss der Vaccination auf die Ueberimpfung und die Beziehung zu anderen Krankheiten (Syphilis, Tuberculose, Erysipel, Hautkrankheiten u. s. w.) betrifft, so hält Körösi seine neue statistische Methode für geeignet, um auch diese Fragen einer Lösung zuzuführen. In diesem Capitel dürften die Impfgegner manchen wunden Punkt und Trugschluss vorfinden, den sie auf Kosten der berechtigten Schlussfolgerungen breit zu treten sich beeilen werden. Wir wollen dem Verfasser zu Gute halten, dass er als Fachstatistiker die einfacheren Fragen der Morbidität, Mortalität und Letalität zu beherrschen vermag, dass aber ein Laie den viel schwierigeren und auf statistischem Wege schwer fassbaren Fragen der ätiologischen Forschung schwerlich gewachsen sein kann.

Die Ausstattung des Buches ist eine vortreffliche.

Die Kuhpockenimpfung in Deutschland, Holland, Belgien und Oesterreich. Von M. Hay, Impfarzt in Wien. Wien 1890, Moriz Perles. 97 Seiten.

Angezeigt von Prof. Alois Epstein in Prag.

Der Verfasser, welcher im Jahre 1877 als Erster eine Anstalt für animale Impfung in Oesterreich errichtet und sich dadurch, sowie durch die Publication mehrerer Schriften um die Einführung der animalen Vaccination verdient gemacht hat, theilt in der vorliegenden Arbeit die Ergebnisse einer Studienreise mit, welche er in den Monaten August und September 1889 in der Absicht unternommen hatte, die Einrichtungen und Impfmethoden bewährter Anstalten Deutschlands,

Hollands und Belgiens an Ort und Stelle zu studiren. Das empfehlenswerthe Werkchen wird zunächst den Fachmännern, denen die Production der Thierlymphe obliegt, nicht minder aber auch den Behörden, welche die technische und finanzielle Regelung der Impfung interessirt, sowie endlich auch dem Praktiker, der sich mit der Impffrage näher befasst, eine Summe wichtiger Erfahrungen zur Kenntniss bringen.

Der Verfasser besuchte die deutschen Staatsimpfanstalten von Berlin, Dresden, Hamburg, Stuttgart, München, das Privatimpfinstitut Dr. Pissin's in Berlin, die Anstalten im Haag, Harlem, Rotterdam, Utrecht und Brüssel und berichtet über die in den einzelnen Anstalten befolgten Methoden der Kälberimpfung, über die innere Einrichtung und Verwaltung der Institute, über die Art und Weise der Ein- und Abimpfung, die Methoden der Präparation und Conservirung des Impfstoffes, den Vorgang bei der Kinderimpfung und über die summarischen Betriebskosten der einzelnen Anstalten. Als erfahrener Fachmann hat er den wichtigsten Punkten, die bei der animalen Vaccination in Betracht kommen, seine Aufmerksamkeit gewidmet und kritisirt die in den verschiedenen Ländern beobachteten Impfeinrichtungen.

Hay redet der animalen Vaccination im engeren Sinne, d. i. der Fortpflanzung der originären Kuhpocke von Kalb zu Kalb, wie dies in Holland und Belgien schon seit Jahren ohne Unterbrechung geschieht, das Wort. Wenn wie in den holländischen und in einzelnen deutschen Instituten die Lymphe mittelst Einzelpocken cultivirt wird, dann ist man im Stande, sie durch zahlreiche Generationen zu erhalten. Dagegen reisst in anderen deutschen Anstalten, wo die Flächenimpfung geübt wird, der Stamm schon in der zweiten Generation ab, d. h. die Lymphe degenerirt und kann nicht weiter auf Thieren fortgezüchtet werden, auch wenn sie auf Menschen übertragen noch ganz gut haftet. Die Ursache dieses Unterschiedes liegt offenbar in der Methode der Kälberimpfung. Die Flächenimpfung, welche für die Massenproduction der Lymphe nöthig ist, verursacht eine viel stärkere Alteration des Thieres, eine bedeutendere Entzündung und Infiltration der Bauchhaut; die ausgelöffelte Pockensubstanz ist mit abgestorbenen und minderwerthigen Gewebsfetzen untermengt und der gewonnene Stoff vermag nicht mehr typische Pocken auf Thieren weiter zu produciren. Auch die in Deutschland geübte Methode der Retrovaccination, d. i. die Rückleitung der humanisirten Lymphe

auf das Kalb, findet nicht den Beifall des Verfassers. Die so gewonnene Lymphe ist nach seiner Ansicht in Bezug auf die Uebertragbarkeit von Krankheiten nicht vorwurfsfrei.

Einzelnen Schlussfolgerungen des Verfassers vermögen wir uns nicht anzuschliessen. Er ist kein Freund des Impfzwanges und glaubt, dass die Impfinstitution am sichersten gefördert werde, wenn das deutsche System der Verstaatlichung der Impfanstalten und das holländische der Gratisimpfung und Gratisverabfolgung des Impfstoffes an Jedermann acceptirt wird.

Das ist für die österreichischen Verhältnisse völlig unzureichend. Sollen wir etwa bis dahin warten, bis die Leute, wie angeblich in Holland und Belgien, „mit Lust und Liebe zur Impfung strömen“? Die Geschichte der Blattern spricht durchaus nicht dafür, dass das „Strömen“ der holländischen Bevölkerung zur Impfung so intensiv ist. Gerade Holland ist es, welches neben Oesterreich zu den schlecht geimpften Ländern gezählt wird, und welches im Vergleiche mit anderen gutgeimpften Ländern sich den Blatternerkrankungen gegenüber in grossem Nachtheil befindet.

Varia.

Die **„Wiener dermatologische Gesellschaft“** hat am 5. März d. J., nach erfolgter behördlicher Genehmigung ihrer Statuten, ihre erste „constituirende“ Versammlung im dermatologischen Hörsaale abgehalten und die Herren: Prof. Kaposi zum Vorsitzenden, Prof. Neumann zum Vorsitzenden-Stellvertreter, Dr. v. Zeissl zum 1., Dr. Lukasiewicz zum 2. Schriftführer und Dr. Grünfeld zum Cassier gewählt. Die wissenschaftlichen Versammlungen der Gesellschaft werden nun regelmässig an jedem 2. Mittwoch 5 Uhr stattfinden. Wir wünschen derselben den besten Erfolg.

Der **neunte Congress für innere Medicin** findet vom 15. bis 18. April 1890 zu **Wien** statt, nachdem der Antrag des Herrn Nothnagel (Wien), den neunten Congress ausnahmsweise in Wien abzuhalten, von dem Geschäfts-Comité, dem Ausschusse und den Mitgliedern des Congresses in namentlicher, schriftlicher Abstimmung mit überwiegender Majorität angenommen worden ist. Das Präsidium desselben übernimmt Herr Nothnagel (Wien). — Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Dienstag, den 15. April: Die Behandlung der Empyeme. Referenten: Herr Immermann (Basel) und Herr Schede (Hamburg). — Mittwoch, den 16. April, Nachmittags: Discussion über die Influenza, eingeleitet durch Herrn Bäumler (Freiburg). — Donnerstag, den 17. April: Die Behandlung der chronischen Nephritis. Referenten: Herr v. Ziemssen (München) und Herr Senator (Berlin). — Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr P. G. Unna (Hamburg): Zur Hautphysiologie. — Herr Mosler (Greifswald): Ueber Pemphigus. — Herr Edgar Gans (Carlsbad): Ueber das Verhalten der Magenfunction bei Diabetes mellitus. — Herr Fürbringer (Berlin): Zur Klinik der Knochenentzündung typhösen Ursprungs. — Herr Stadel-

mann (Dorpat): Ueber die Wirkung der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel. — Herr v. Liebig (Reichenhall): Ueber die Bergkrankheit. — Herr v. Frey (Leipzig): Die Beziehungen zwischen Pulsform und Klappenschluss. — Herr Schott (Nauheim): Zur acuten Ueberanstrengung des Herzens und deren Behandlung. — Herr Mosler (Greifswald): Therapeutische Mittheilungen mit Demonstrationen. Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden): Ueber kieselsauren Harngries. — Herr v. Ziemssen (München): Zur Pathologie und Diagnose der sogenannten Kugelthromben im Herzen, mit Demonstrationen. — Herr Stricker (Wien): Demonstrationen mit dem elektrischen Mikroskope. — Herr Leubuscher (Jena): Ueber die Beeinflussung der Darmresorption durch Arzneimittel. — Herr Sternberg (Wien): Ueber Sehnenreflexe. — Herr H. Curschmann (Leipzig): Zur Pathologie der Wanderniere. — Herr E. Romberg (Leipzig): Beiträge zur Herzinnervation; Herr W. His (Leipzig): Demonstration zugehöriger Präparate und Modelle. — Herr L. Krehl (Leipzig): Ueber Veränderungen der Herzmusculatur bei Klappenfehlern. — Herr G. Cornet (Berlin): Ueber Tuberculose. — Herr Hürthle (Breslau): Ueber den Semilunarklappenschluss.

In einem Nebenraume des Congress-Sitzungssaales (Festsaal der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften, Wien, I., Universitätsplatz Nr. 2) findet eine Ausstellung von neuen chem. und diätet. Präparaten, Arzneimitteln, Instrumenten und Apparaten für innere Medicin statt.

In Verbindung mit dem **X. internationalen medicinischen Congress**, welcher vom 4. bis 9. August dieses Jahres in Berlin tagen wird, soll eine internationale medicinisch-wissenschaftliche Ausstellung stattfinden. Von den Vertretern der medicinischen Facultäten und der grösseren ärztlichen Gesellschaften des Deutschen Reiches ist ein Organisations-Comité, bestehend aus den Doctoren Virchow, v. Bergmann, Leyden, Waldeyer und Lassar, mit dem Auftrage betraut worden, die Vorbereitungen für diese Ausstellung zu treffen. Auch haben sich in den Herren Commerzienrath Dörffel, H. Haensch, Director I. F. Holtz, Director L. Loewenherz und H. Windler technische Autoritäten zur Mitarbeit bereit gefunden. Die sehr grossen Schwierigkeiten, welche die Beschaffung geeigneter Räumlichkeiten gemacht hat, sind erst jetzt gehoben worden und es

wird nunmehr zur Beschickung der Ausstellung eingeladen. Wir heben zunächst hervor, dass der Charakter derselben, der Gelegenheit und dem zur Verfügung stehenden Raume entsprechend, ein ausschliesslich wissenschaftlicher sein wird.

Folgende Gegenstände sollen, soweit der Platz reicht, zur Ausstellung gelangen: Neue oder wesentlich verbesserte wissenschaftliche Instrumente und Apparate für biologische und speciell medicinische Zwecke, einschliesslich der Apparate für Photographie und Spectralanalyse, soweit sie medicinischen Zwecken dienen, — neue pharmakologisch-chemische Stoffe und Präparate, — neueste pharmaceutische Stoffe und Präparate, — neueste Nährpräparate, — neue oder besonders vervollkommnete Instrumente zu operativen Zwecken der inneren und äusseren Medicin und der sich anschliessenden Specialfächer, einschliesslich der Elektrotherapie, — neue Pläne und Modelle von Krankenhäusern, Reconvalescentenhäusern, Desinfections- und allgemeinen Badeanstalten, — neue Einrichtungen für Krankenpflege, einschliesslich der Transportmittel und Bäder für Kranke, — neueste Apparate zu hygienischen Zwecken.

Alle Anmeldungen oder Anfragen sind an das Bureau des Congresses (Dr. Lassar, Berlin NW., Carlstrasse 19) mit dem Vermerk „Ausstellungsangelegenheit“ zu richten.

Zur Berichtigung.

In meiner in diesem Archiv (XXI. Jahrgang, 1889) erschienenen Arbeit: „Zwei Fälle von Mycosis fungoides“ ist Seite 684, Z. 4, bei dem Satze: „Auch Rosin handelt die Mycosis fungoides unter den Sarkomen ab“, durch ein Versehen der Nachsatz fortgelassen: identificirt sie jedoch mit denselben nicht, sondern hält sie für eine entzündliche Krankheit (von chronischem Verlaufe) im Gegensatz zu dem multiplen pigmentfreien Hautsarkom einer echten Geschwulst.

Breslau, im December 1889.

Dr. R. Ledermann.

Anhang: Ueber Specialisten-Congresse. Offener Brief an die Redaction.

Darf ich Sie bitten, noch folgenden Zeilen einen Platz im Archiv anzuweisen? Die Angelegenheit, welche ich zur Sprache bringen möchte, beschäftigt mich seit langer Zeit, ist auch schon oft der Gegenstand langer und eingehender Discussionen zwischen mir und vielen Fachgenossen, wenn ich nicht irre, auch zwischen uns, gewesen. — Die Abfassung des kürzlich übersandten Berichtes über die Heidelberger Sectionssitzungen hat mir nun die Angelegenheit wieder näher gelegt, und so gestatte ich mir allen Specialcollegen folgende Frage zur Erwägung zu unterbreiten.

Wie verhalten wir uns gegenüber den Schwierigkeiten, welche den Dermatologen durch den plötzlichen Ueberfluss von Special-Versammlungen erwachsen? Ist nicht zu fürchten, dass die Quantität von Congressen die Qualität ihrer Leistungen schädigt?

In der That sollen wir nun besuchen:

1. Die Section der Naturforscher-Versammlung, alle Jahre.

2. Die Deutsche Dermatologische Gesellschaft, alle Jahre.

3. Die Section des internationalen medicinischen Congresses, 1890, 1893, 1896.

4. Die internationalen dermatologischen Congresse 1892, 1895 u. s. w.

Das heisst zwei Specialisten-Zusammenkünfte, sei es in eigenen Congressen, sei es in Sectionen allgemeiner Versammlungen, sind das Mindeste, was ein gewissenhafter Specialist in einem Jahre mitmachen muss.

Wie ist dem vorzubeugen? Ist eine Verschmelzung möglich? Sollen wir auf einige Versammlungen verzichten? oder sollen wir mit Unna uns freuen, dass „noch niemals seit Bestehen der Dermatologie dieselbe im Verlaufe eines einzigen Jahres so glänzend gefeiert und gepflegt worden sei, wie in diesem Jahre 1889 (Prag, Paris, Heidelberg)?"

Mir scheint: weniger würde mehr, jedenfalls besser sein, und daher gestatte ich mir folgende Vorschläge:

I. In erster Reihe können wir auf die Special-Section der Naturforscher-Versammlung verzichten. Denn

1. ist der Wunsch, welcher zur Gründung der Section in Strassburg führte, erfüllt; damals mussten wir unserer Specialität eine Anerkennung unter den übrigen Disciplinen erkämpfen, die wir nunmehr unbestritten besitzen;

2. die Section halte ich aber für schädlich; einerseits verhindert sie nicht, dass Nicht-Specialisten[1]) (insbesondere interne Kliniker) uns speciell interessirende Vorträge in ihren eigenen Sectionen halten, während wir durch unsere Sectionssitzungen abgehalten sind, an diesen Discussionen dort theilzunehmen.

3. Andererseits verhindert uns die Section, auf diesen der allgemeinen Medicin wesentlich gewidmeten Aerzte-Versammlungen nicht-specialistischen Vorträgen unsere Aufmerksamkeit zu schenken.

4. Der Vorwurf, welcher gegen den Werth der Naturforscher-Versammlung in den letzten Jahren erhoben worden ist, „sie erfülle ihren Zweck, der gesammten ärztlichen Welt nützlich und förderlich zu sein, nicht mehr", würde sofort hinfällig sein, wenn alle Special-Sectionen wieder verschwinden, wenn die Specialisten aller Gebiete den Beschluss, den die Deutsche Dermatologische Gesellschaft in Prag gefasst hat, unterstützen wollten: „In Anbetracht der Thatsache, dass die Special-Congresse eine besondere Pflege der Specialität auf den Naturforscher-Versammlungen nicht mehr erforderlich machen, beschliesst der Congress, bei dem Präsidium der Naturforscher-Versammlung Schritte zu thun, die Special-Sectionen aufzuheben."

Ein Nachtheil würde daraus sicherlich nicht erwachsen, weder den Specialisten, noch den Aerzten, die vielleicht sonst auf solchen Versammlungen die eine oder andere Special-Section zu besuchen pflegten. Denn nichts steht im Wege, um auch in den allgemeineren Sitzungen (der medicinischen, pathologischen Sectionen) allgemein wichtige Fragen eines Specialgebietes zu behandeln. Ja, ich glaube, die Specialisten würden durch dieses Vorgehen eher an Bedeutung gewinnen, als solche einbüssen.

II. Die Versammlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft sollen alljährlich unmittelbar vor oder nach den Naturforscher-Versammlungen an dem Sitze der letzteren stattfinden.

---

[1]) Zu Heidelberg: Strümpell, Bäumler, Pfeiffer, Fleiner u. A.

Für diesen Vorschlag spricht der Umstand, dass sicherlich beide Versammlungen sich gegenseitig Besucher zuführen werden, da die den Meisten — mögen es Dermatologen sein oder für diese Specialität sich interessirende Aerzte und Kliniker — unbequeme zweimalige Reise erspart würde. Ob andererseits jede Stadt, welche als Versammlungsort der Naturforscher-Versammlung gewählt wird, den besonderen Aufgaben eines Specialisten-Congresses und seinen Demonstrationszwecken (von Kranken, Mikroskopen etc.) entsprechen könnte, muss freilich als zweifelhaft hingestellt werden.

III. Betreffs der internationalen Zusammenkünfte haben wir — leider — auch mit zwei Veranstaltungen zu rechnen. Ich sage „leider"; denn ich kann nicht finden, dass neben der Section für Dermatologie und Syphilidologie auf dem allgemeinen Congress die Schöpfung eines eigenen internationalen Congresses für Dermatologie und Syphilidologie ein Bedürfniss war. Ein internationaler medicinischer Congress ist eine derart grosse Veranstaltung, dass dort ein Zusammenwirken aller Mediciner, ohne Trennung in Sectionen (schon aus räumlichen Gründen) unmöglich ist; ein solcher Congress ist also schon an und für sich eine Mehrheit vieler Special-Congresse. Der durch die Weltausstellung unterstützte Erfolg des Pariser Congresses von 1889 ändert an dieser Argumentation nichts. Hoffen wir, dass er, wie seine projectirten Nachfolger, die allgemeinen internationalen Congresse nicht schädigen werde!

Schliesslich ist die geistige Productionsfähigkeit doch eine ein gewisses Mass nicht überschreitende; der Reiz aber — oder der Zwang — auf allen diesen Congressen mit Vorträgen vertreten sein zu wollen, muss das Niveau der Arbeiten gewiss ungünstig beeinflussen!

Vielleicht gelingt es, diese hier nur kurz aufgeworfenen Fragen auf der Berliner Versammlung in einer Alle befriedigenden Weise zu lösen. Das Allen gemeinsame Interesse, unsere Specialität zu fördern, das Bewusstsein, dass nicht die Masse, sondern der Werth der geleisteten Arbeiten entscheidend für unsere Stellung in der Medicin sei, wird eine solche Verständigung, die ohne ein selbstloses Verzichten auf Einzelinteressen natürlich unmöglich ist, zweifellos erleichtern!

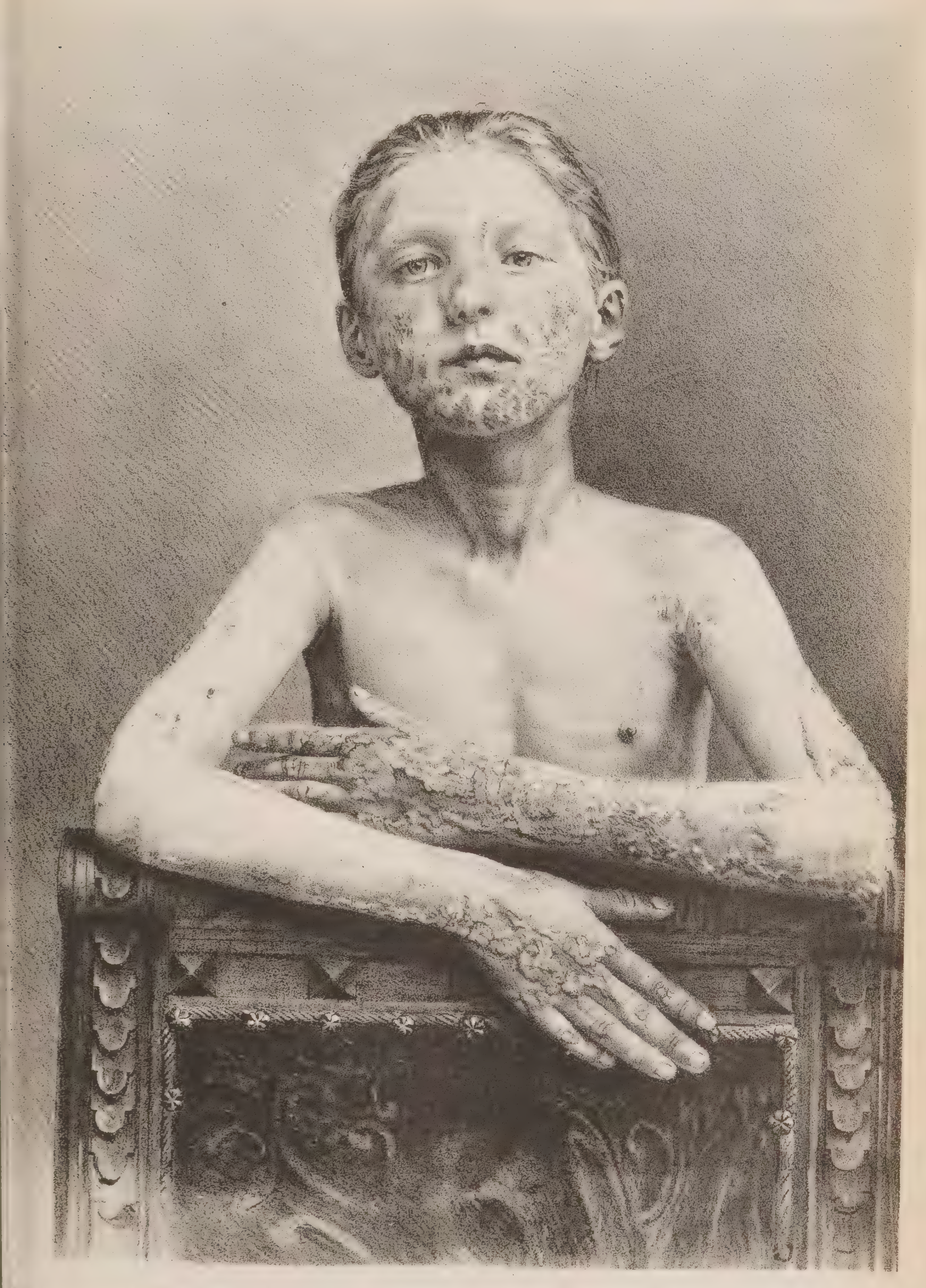
A. Neisser.

*

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 41890

Originalabhandlungen.





Doutrelepont: Urticaria pigmentosa.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien, VII Bez.



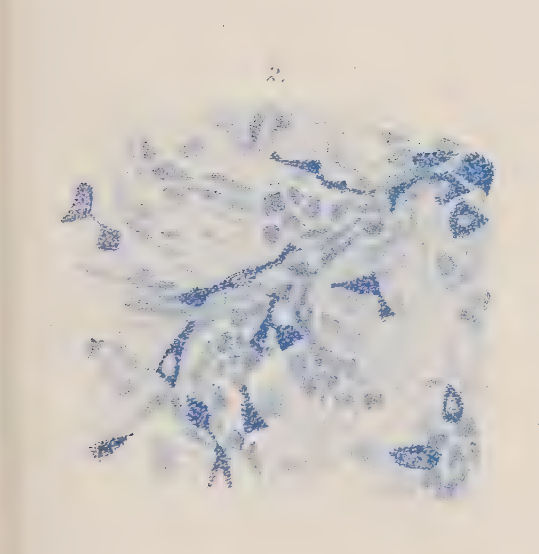


Doutrelepont: Urticaria pigmentosa.

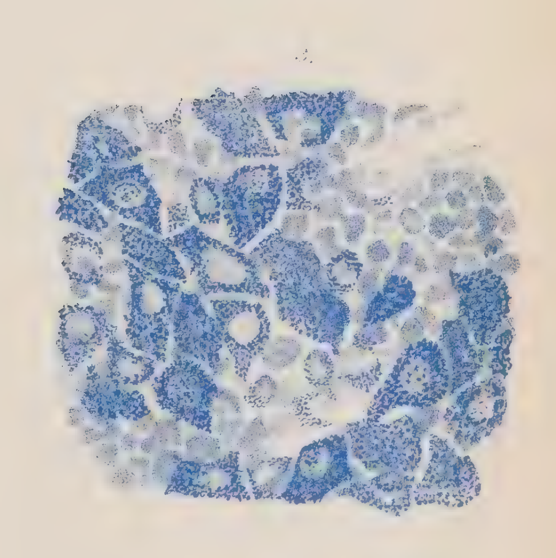
Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien, VII. Bez.



2.



3.



Doutrelepont: Urticaria pigmentosa.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien, VII. Bez.



Aus der königlichen Universitätsklinik für syphilitische und Hautkrankheiten zu Bonn.

Ueber Urticaria pigmentosa.[1])

Von

Prof. Dr. J. Doutrelepont.

(Hiezu Tafel XII, XIII, XIV.)

Am 27. Juni 1889 wurde Mathilde St., 9 Jahre alt, aus Cöln in die hiesige Klinik für Hautkrankheiten aufgenommen; sie bot besonders im Gesicht und an den Extremitäten eine Reihe von sehr auffälligen Veränderungen der Haut dar, die bei der ersten Untersuchung grosse Schwierigkeiten in Bezug auf Stellung einer Diagnose bereiteten. Die Mutter der Patientin konnte nur mangelhafte anamnestische Momente, vor Allem in Bezug auf die Entstehung der Krankheit angeben, was die Diagnose noch mehr erschwerte. Sie theilte mit, dass das Kind bis zum sechsten Lebensmonate vollständig gesund gewesen sei, und besonders eine ganz reine Haut gehabt habe, dass die Eltern des Kindes leben und gesund seien, ebenso vier Geschwister der Patientin. In der Familie seien nie Hauterkrankungen oder Lues vorgekommen. Im Alter von ungefähr einem halben Jahre stellte sich zuerst bei der Patientin ein „Wundsein" an den Geschlechtstheilen und am After ein, doch heilte dies bald. Kurze Zeit darauf wurde an der hinteren Seite des linken Oberschenkels eine Röthe in Form von dicken Flecken beobachtet, welche langsam bis zum Fusse fortschritt; ähnliche Erscheinungen zeigten sich an der linken oberen Extre-

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten in der Section für Dermatologie auf der Naturforscher-Versammlung zu Heidelberg.

mität. Im Laufe mehrerer Jahre erkrankten auch die rechten Extremitäten und der Rücken, vor 3 Jahren erst das Gesicht. Jucken hat nie bestanden, wohl aber zu Zeiten heftiges Brennen an den Stellen, wo neue Efflorescenzen auftraten. Diese sollen im Beginne rothe Flecken gewesen sein, die erhaben erschienen und allmälig graubraun bis schwarz wurden, und sich erst später mit bräunlichen, schilfernden Auflagerungen bedeckten. Früher soll auch der Rücken, der jetzt vollständig normale Haut zeigt, befallen gewesen sein. Die Mutter sagt, dort seien erhabene rothe Flecken gewesen, die „einen Baum mit Aesten dargestellt und nicht schmutzig ausgesehen hätten". Wie lange diese Erscheinungen angedauert, weiss die Mutter nicht zu sagen; ihre Angaben sind überhaupt unsicher und ungenau, sie widerspricht sich häufig in ihren sonstigen Angaben. Das Kind ist vielfach mit Bädern behandelt worden, welchen Kleie, Moor, Schwefel, „Gift" (Sublimat?) zugesetzt wurden. Nach Gebrauch der Giftbäder soll es an Diarrhöe gelitten haben. Ferner wurden viele Salben angewendet, unter anderen auch eine gelbe, die sehr starkes Brennen und Unwohlsein verursachte (nach der Beschreibung vielleicht Chrysarobin). In der letzten Zeit ist Patientin nach der Mittheilung des sie zuletzt behandelnden Arztes mit Salicylsäure und Resorcin in Substanz, spirituöser Lösung und Salbe, sowie mit Sol. ars. Fowl. behandelt worden.

Die Hauterkrankung stellt sich nun folgendermassen dar: die Haut des Gesichtes zeigt fast überall Veränderungen gleicher Art, sie erscheint schmutzigbraun verfärbt. Auf der linken Stirnseite ist die Haut fast normal, während die rechte Seite schmutzigbraun erscheint, jedoch nicht gleichmässig, sondern diese Verfärbung wird durch kaum erhabene Flecken gebildet, welche mit einander zusammenfliessen und nur wenig gesunde Haut zwischen sich lassen; sie enden an der rechten Seite der Glabella. Am inneren Rande der linken Augenbraue beginnen einige streifenförmige, wenig erhabene bräunliche Flecken, welche sich bis zum linken Nasenflügel nach unten erstrecken und einen ebenso streifenförmigen Fortsatz nach der linken Wange, fast bis zum linken Mundwinkel senden. Bei näherer Beobachtung findet sich, dass diese Streifen (cf. Tafel XII) von kleinen bräunlich gefärbten, um ein wenig die gesunde Haut überragenden, ungefähr linsengrossen

flachen Erhabenheiten gebildet werden. Die linke Wangengegend und Kinn zeigen dieselben Veränderungen der Haut, die zusammenfliessenden Streifen ziehen hier mehr von aussen oben nach innen unten dem Kinne zu, und erstrecken sich über dieses hinaus noch weiter nach dem Halse hin. Das streifenförmige Ansehen wird auch hier durch Aneinanderreihen kleiner braunpigmentirter stärker hervorragender Erhabenheiten hervorgerufen. Ganz ähnlich, wenn auch nicht in derselben weiten Ausdehnung ist die Haut der rechten Seite der Nase, Backe und des Kinns verändert. Beide Ohren fühlen sich eigenthümlich körnig an, sind derb infiltrirt und geröthet. Auf der rechten Schulter findet sich eine Gruppe von kleinen hellrothen, theils disseminirten, theils schon confluirten, derben Knötchen, welche frisch entstanden sind. Aehnlich sollen die Efflorescenzen gewesen sein, welche die Mutter im Beginn der Hauterkrankung an anderen Stellen des Körpers gesehen haben will. Von den Extremitäten sind die linken am stärksten befallen, wenn auch eine gewisse Symmetrie in der Vertheilung der erkrankten Stellen nicht zu verkennen ist. Rücken, Brust und Bauch zeigen keine Abnormität der Haut. Auf der Höhe der linken Schulter und in der linken Achselhöhle bemerkt man ähnliche Efflorescenzen in streifenförmiger Form wie im Gesicht, nur sind die Knötchen hier schon mehr erhaben als dort. An den Extremitäten stellen sich die pathologischen Symptome, wie folgt dar: Besonders sind die Streckseiten ergriffen. Während an den am wenigsten befallenen Stellen disseminirte, theils rothe, theils bräunlich pigmentirte runde oder mehr ovale Knoten mit steil abfallenden Rändern, der Form nach Quaddeln ähnlich, von Erbsen- bis Mandelgrösse zu beobachten sind, sehen wir von der linken Olekranongegend ausgehend confluirte ähnliche Knoten allmälig an Zahl zunehmen, und von der Mitte der Streckseite des Vorderarmes in Form von derben erhabenen Wülsten, die ungefähr in der Längsrichtung der Extremität oder besser in langer Spirale von der ulnaren nach der Radialseite hin ziehen, über die ganze Haut der Streckseite des Vorderarmes und den Rücken der Hand bis zum zweiten Interphalangealgelenk oder bis zur Nagelphalanx der Finger sich erstrecken (cf. Tafel XII). Diese länglichen Wülste werden gebildet durch Confluiren von rundlichen oder ovalen Knoten, von Bohnen- bis Mandelgrösse, was an Quer-

theilungen und den gewellten Grenzen der Wülste gegen die gesunde Haut deutlich zu erkennen ist. Die Wülste überragen $^1/_2$—$^3/_4$ Ctm. die gesunde Haut, fallen fast senkrecht gegen dieselbe ab, und zeigen eine sonst glatte Oberfläche; sie sind mit ziemlich dicken Schuppen bedeckt, die sich leicht abreiben lassen, wobei die betreffenden Knoten sich stärker röthen. Sonst erscheinen diese röthlich, am Rande besonders dunkelbraun pigmentirt; an den Fingern und Handrücken erinnern die Veränderungen der Haut an das Aussehen confluirter Warzen, ohne jedoch einen papillären Bau zu zeigen. Aehnliche Symptome zeigt der rechte Ober- und Vorderarm, und die rechte Hand, aber hier sind sie weniger ausgedehnt. Die Hinterseite der rechten Unterextremität ist fast frei von Efflorescenzen, nur am unteren Theile des Unterschenkels sieht man zwei kleine Stellen mit confluirten Knoten. Die Vorderseite (cf. Tafel XIII) weist auch nur ähnliche confluirte Knoten auf, oberhalb der Patella, unterhalb derselben am Unterschenkel, sowie oberhalb des Fussgelenkes und zwei Gruppen flacher confluirter Knoten am Fussrücken, entlang dem vierten Metatarsalknochen. Die linke Unterextremität dagegen zeigt starke Veränderungen der Haut ebenso an der Streck- wie an der Beugeseite, hier schon an der linken Hinterbacke anfangend. Man sieht dort einzelne pigmentirte Flecken, pigmentirte Knoten und durch Zusammenfliessen solcher entstandene längere Wülste, welche auch hier mehr weniger der Längsaxe des Gliedes parallel verlaufen oder eher der Richtung einer langen Spirale um das Glied von innen nach aussen folgen. Besonders auf, oberhalb und unterhalb der Patella bilden die confluirten Knoten breite Wülste, welche wie am Vorderarme stark hervortreten, und die einzelnen Knoten, aus denen sie entstanden sind, deutlich erkennen lassen. Durch die Gegenwart von langen feinen Haaren und die auch hier vorhandene Anhäufung von Epidermisschuppen, welche dem Ganzen ein papillöses Aussehen vortäuschen, wird man an Naevus erinnert. Besonders die äussere Seite des linken Unterschenkels zeigt auch Flecken, Knoten und Wülste, ähnlich denen am Vorderarm und linken Knie; der linke Fussrücken weist nur einzelne braune, wenig erhabene Pigmentirungen auf. In beiden Hohlhänden schliesslich sind in Form von Streifen wenig erhabene, ungefähr $^3/_4$ Ctm. breite gebräunte Leisten, die in ihrem Aussehen an Schwielen

erinnern. Aehnliche Veränderungen zeigen, besonders an dem inneren Rande, die Fusssohlen. In der Leiste, Hals- und Submaxillargegend fühlt man einzelne ungefähr erbsendick geschwollene Lymphdrüsen.

Die Patientin ist ein etwas blasses, schlecht genährtes Kind, welches im Uebrigen jedoch vollständig gesund ist und auch bis jetzt an keiner anderen Erkrankung gelitten hat. Sie ist äusserst ruhig, spricht sehr wenig, geräth jedoch leicht in die grösste Aufregung und neigt dann sehr zum Weinen. Subjectiv hat sie durch ihre Hauterkrankung wenig gelitten; über Juckreiz soll sie nie geklagt haben, nur während des Entstehens der Erkrankung und beim Auftreten neuer Efflorescenzen hat sie jedesmal Brennen an den Stellen empfunden. Hauttemperatur und Puls normal, ebenso sind die inneren Organe gesund, und das Allgemeinbefinden gut.

Die Diagnose musste am ersten Tage in suspenso gelassen und der weiteren Beobachtung anheimgestellt werden.

Am folgenden Tage bei der Untersuchung der Patientin fiel zuerst auf, dass die dicken Wülste an den Händen und Vorderarmen entschieden abgeflacht waren und sich nicht mehr so derb anfühlten. Bei dem Entblössen des Kindes traten plötzlich über Brust und Bauch grosse erythemartige Flecken auf, welche erst nach längerer Zeit wieder abblassten; durch Bestreichen der Haut mit dem Fingernagel entstand schnell ein hellrother, breiter Streifen, welcher jedoch nicht weiter anschwoll, und auf dem besonders keine Quaddeln sich bildeten. Die Röthe blieb sehr lange bestehen.

Vorläufig wurden nur warme Bäder verordnet, hauptsächlich, um die Schuppen, welche nur lose an den meist hervorragenden Stellen sassen, zu entfernen. Am 30. Juni wurde ein Stück von circa 3 Ctm. Länge von den Wülsten des linken Vorderarmes zum Zweck mikroskopischer Untersuchung exstirpirt. Die Wunde heilte per primam intentionem.

Ich liess die Patientin am 29. Juni photographiren. Als sie zu dem Zwecke entkleidet wurde, traten die Wülste, welche abgeflacht waren, wieder stärker hervor, ebenso stark, wie bei der ersten Vorstellung. Vom 2. Juli an erhielt die Patientin von einer 5 Procent Sol. Natr. salicyl. 3mal täglich 1 Kinderlöffel;

die Bäder wurden fortgesetzt, da durch dieselben die angesammelten Schuppen abfielen, und sich nicht so stark erneuten. Im Bade jedoch quollen die erkrankten Stellen auf, auch traten dieselben beim Reiben viel stärker hervor und rötheten sich.

Am 9. Juli beobachteten wir zuerst während des Aufenthaltes der Patientin in der Klinik die Primärefflorescenzen. Nach aussen von den stark vorspringenden Wülsten des linken Oberschenkels waren plötzlich einige rothe erhabene Flecken von runder oder ovaler Form und ungefähr 10—20-Pfennigstückgrösse entstanden, die der Patientin spontan Brennen, beim Druck Schmerzen verursachten. Die dicken Wülste an der linken Patella, sowie die an den Vorderarmen erschienen zu gleicher Zeit flacher und waren weicher anzufühlen als früher. Nur die Wülste des Dorsum manus und der Finger waren noch immer sehr derb und sprangen stark hervor. Das Gesicht war stark geröthet, die braune Pigmentirung wurde dadurch mehr verdeckt. In den folgenden Tagen blieben die oben erwähnten Primärefflorescenzen bestehen, fühlten sich fest an, einige confluirten.

Am 13. Juli sind noch neue, den früheren ähnliche flache Knoten, besonders oben aussen am linken Oberschenkel aufgetreten, welche theilweise confluiren. Behufs mikroskopischer Untersuchung wurde am 15. Juli ein solcher flacher Knoten, der schon pigmentirt war, exstirpirt. Auch hier heilte die Wunde per primam intentionem. Die neu aufgetretenen Efflorescenzen blieben in der nächsten Zeit weiter bestehen, flachten sich zuweilen wenig ab, um später wieder anzuschwellen. Nur verschwand allmälig die Röthe und an deren Stelle trat eine bräunliche Pigmentirung. Einige der alten Wülste am oberen Theile der Vorderarme flachten allmälig ganz ab und hinterliessen nur braune Pigmentirung.

Am 23. Juli war entschieden eine bedeutende Abflachung sämmtlicher Wülste wahrnehmbar; besonders an den Oberarmen waren dieselben ganz flach, im Niveau der gesunden Haut, und zeichneten sich von dieser nur durch die braune Pigmentirung aus. Beim Reiben dieser Stellen sprangen sie jedoch wieder vor und rötheten sich lebhaft. Da in den Bädern die erkrankten Stellen immer aufquollen, erhielt die Patientin nur noch alle 8 Tage ein Reinigungsbad.

Am 24. Juli wurde das salicylsaure Natron ausgesetzt. Patientin bekam statt dessen 2mal täglich 1 Pille mit $^1/_3$ Mgr. Atropin.

Am 27. Juli waren wieder neue, quaddelähnliche und erhabene rothe Flecken am linken Vorderarme aufgetreten, während alle alten Stellen bedeutend abgeschwollen waren, mit Ausnahme der Wülste an den beiden Handrücken. Auch das Gesicht zeigte noch wenig Besserung. Von Zeit zu Zeit erschien es immer stärker geröthet, dabei schwollen die einzelnen kleinen Papeln an. Bei Erregung des Kindes, oder wenn es entkleidet wurde, traten die erythematösen Flecken an Brust, Rücken und Bauch immer stark auf und verschwanden nur sehr langsam. Vom 29. Juli ab erhielt Patientin 0·001 Atropin in 3 Dosen täglich, da sie das Atropin gut vertrug. Oertlich wurde auf die erkrankten Stellen täglich eine 10procentige Salicylgelatine applicirt. Auch das Gesicht wurde mit dieser Gelatine bepinselt.

Am 4. August zeigten sich am linken Ellbogen zwei neue und an der Streckseite des linken Oberarmes eine neue Efflorescenz, wie die früher beschriebenen. Ebenso traten bis zum 9. August einzelne quaddelähnliche Efflorescenzen an der Innenseite des linken Knies, am linken Oberschenkel und an den Nates auf. Alle diese neuen Efflorescenzen sind rund, flach, erhaben, mit steil abfallenden Rändern und Anfangs stark geröthet. Sie flachen nur ganz allmälig ab, um nach einigen Tagen eine dunkelbraune flache Papel an ihrer Stelle zu hinterlassen. Am 13. August finden sich an der linken Nackenseite, streifenförmig angeordnet, verschiedene wenig erhabene rothe Flecken, die jedoch nach einigen Tagen nur noch pigmentirte Flecken hinterliessen.

Anfang September bemerkte man an dem rechten Unterkieferrande vereinzelte neue rothe Flecken, während zu gleicher Zeit die Efflorescenzen an beiden Backen stärker geröthet waren, und die Flecken stärker hervortraten. Die Röthe verschwand bald, und an ihrer Stelle trat wieder die Pigmentirung stärker hervor. Die Patientin hatte Atropin sehr gut vertragen, und zwar vom 24.—29. Juli $^2/_3$ Mgr. pro die, vom letzteren Tage an bis zum 9. September 0·001. Da ein Einfluss dieses Mittels nicht constatirt werden konnte, wurde letzteres allmälig ausgesetzt und statt dessen wieder Natr. salicyl. gereicht.

Während des Monates September flachten die dicken Wülste immer mehr ab, sprangen jedoch immer wieder bei Reizung durch Reiben oder starker Gemüthsbewegung der Patientin stärker vor, um nur allmälig wieder abzuflachen. Hierbei erreichten sie jedoch nie mehr die Dicke, welche sie früher darboten. Mitte September (12. September) konnten wieder an beiden Vorderarmen einzelne streifenförmig angeordnete rothe Flecken constatirt werden, welche nur leicht erhaben waren und nach Verlauf einiger Tage bräunlich pigmentirt wurden. Beim Entblössen der Patientin erschienen noch immer schnell die erythematösen Flecken an Brust, Bauch und Rücken. Am 19. September erschienen wieder nur leicht erhabene, nicht schmerzhafte Flecken am linken Oberarm, welche schon am folgenden Tage nur leicht pigmentirt waren.

Erst Ende September liess sich eine entschiedene Besserung im Gesicht nachweisen, indem viele pigmentirte Flecken verschwunden waren und normale Haut in grösserer Ausdehnung zwischen den Flecken erschien.

Am 29. September erkrankte Patientin an einer folliculären Angina mit heftigem Fieber, das erste Mal, dass sie während ihres Aufenthaltes in der Klinik erhöhte Temperatur darbot. Halsentzündung und Fieber waren schon am 3. October beseitigt. Während dieser Zeit waren an der linken Schulter zerstreute rothe Flecken von runder Form aufgetreten, die bald nur leichte Pigmentirungen hinterliessen. Die Wulstungen an Armen und Beinen waren nach und nach fast ganz abgeflacht und fühlten sich weich wie die normale Haut an. Nur an den Händen, die immer entblösst getragen wurden, fühlten sie sich noch sehr fest an, und sprangen stark hervor. In der letzten Zeit waren an den Extremitäten Umschläge mit 1‰iger Salicylsäurelösung gemacht worden. Diese wurden jetzt auch auf die Hände applicirt.

Bis Mitte November waren fast alle Wülste abgeflacht, auch an den Händen. Nachdem die Patientin aber am 13. November wieder ein Reinigungsbad genommen hatte, dem Einreibung mit schwarzer Seife vorhergegangen war, traten die Wülste wieder stark hervor, rötheten sich und fühlten sich wieder fest an. Einige Flecken traten hier und da auch auf, sie waren jedoch kaum er-

haben und machten schnell einer leicht bräunlichen Pigmentirung Platz.

In der letzten Zeit traten die Erytheme beim Entblössen der Haut kaum noch auf, Strich mit dem Nagel auf der Brust erzeugte nur nach längerer Zeit eine geringe sich vom Striche kaum verbreitende Röthe.

Während des Monates December änderte sich der Zustand nur wenig, neue Efflorescenzen traten nicht auf, die älteren blieben meist ganz abgeflacht, nur zeitweilig schwollen sie noch wenig an, bald jedoch ging jedesmal die Schwellung zurück. Nur an den Händen und im Gesichte, also an den Stellen, welche der Luft, respective äusseren Reizen immer ausgesetzt waren, zeigten die Symptome eine geringere Besserung, die Efflorescenzen der Hände fühlen sich noch ziemlich derb an, werden jedoch nie mehr so dick, wie früher. Im Gesicht trat häufig und plötzlich Röthung und Anschwellung der Papeln auf, welche jedoch bald dem früheren Zustande Platz machten. Die Reizbarkeit der übrigen Haut war gegen früher sehr vermindert: weder auf Entblössen noch auf Strichreizung mit dem Nagel oder mit einem stumpfen Gegenstande zeigten sich die früheren Erytheme.

Am 27. December erkrankte Patientin an Influenza; es bestanden heftige Kopfschmerzen, Lidschwellung, Schnupfen, starke Bronchitis und Temperatursteigerung bis 40·2. Das Fieber schwand bis zum 1. Januar, die Bronchitis jedoch blieb noch 8 Tage bestehen. Der Zustand der Hauterkrankung blieb während des Monates Januar ungefähr der gleiche wie im December. Die Patientin wurde auf Wunsch der Eltern am 28. Januar 1890 entlassen.

Status bei der Entlassung: Die Localisation der Efflorescenzen ist im Allgemeinen dieselbe geblieben, zwar sind einzelne Stellen völlig geschwunden, oder sind eben nur durch eine leichte Pigmentirung wahrzunehmen, die meisten oben beschriebenen Veränderungen bestehen jedoch noch, nur nicht mehr in dem Masse, wie früher. Die Ohrmuscheln sind jetzt weich, die Haut jedoch noch uneben, wie mit kleinsten Körnchen besät. Die früher so dicken Wulstungen an Händen und Armen sind bedeutend abgeflacht, braun pigmentirt, und nur zuweilen (an den Händen immer) leicht geröthet. Ihre Oberfläche ist glatt und nur auf dem Handrücken und Ellbogen, entsprechend den normalen Falten, durch

Querfurchen geriffelt. An den Oberarmen finden sich fast nur noch flache braune Pigmentirungen, die sich etwas derb anfühlen. Von den früher vorhandenen schwielenartigen Verdickungen in den Hohlhänden und auf den Fusssohlen lässt sich fast nichts mehr constatiren. Die Wülste an der linken Wade sind ebenfalls völlig flach, nur derb anzufühlen und stark braun pigmentirt. An der Vorderfläche und Aussenseite des linken Unterschenkels sind noch mehrere isolirte, nur flach erhabene und derbe Knoten von bräunlicher Farbe vorhanden. Am linken Knie sind von den früher hier beschriebenen starken Wulstungen meist nur geröthete Flecken, die theilweise etwas erhaben sind, zurückgeblieben. Die Haut fühlt sich jedoch derb an und ist von Riffelungen wie auf dem Handrücken durchzogen. Am linken Oberschenkel finden sich ebenso wie am ganzen rechten Beine nur noch leicht derb sich anfühlende braune Pigmentirungen. Beim Abschiednehmen wurde Patientin sehr erregt, fing heftig an zu weinen, und in Folge dessen schwollen die sonst flachen, braunpigmentirten, körnigen Erhabenheiten des Gesichtes plötzlich stark an und rötheten sich intensiv. Auch zeigten sich bei dieser Gelegenheit wieder leicht rothe Erythemflecken auf der Brust, welche in der letzten Zeit nicht mehr beobachtet worden waren.

Stellen wir nun die Entstehung und den Verlauf der Erkrankung, wie wir ihn besonders in der Klinik beobachten konnten, zusammen, so erhalten wir kurz folgendes Bild:

Ein bis dahin gesundes Kind erkrankt in seinem sechsten Lebensmonate, nachdem ein leichtes, schnell verlaufendes Eczem an den Genitalien und am After vorhergegangen war, an einer Hauterkrankung, welche im zehnten Lebensjahre noch fortdauert. Zuerst wurde die linke untere, dann die linke obere, später die rechten Extremitäten, denen sich Rücken und Gesicht hinzugesellten, von der Krankheit befallen. Nach der Aussage der Mutter sollen die ersten Erscheinungen rothe, erhabene Flecken gewesen sein, welche sie mit den bei der ersten Vorstellung auf der rechten Schulter vorhandenen kleinen rothen Erhabenheiten oder Knötchen verglich. Aus diesen erhabenen Efflorescenzen sollen sich allmälig die dicken, theils rothen, theils pigmentirten, Quaddeln ähnlichen Tumoren gebildet haben, welche zusammenfliessend die dicken, stark hervorspringenden, besonders am Rande dunkelpigmentirten

Wülste hervorbrachten. Erst später traten nach Aussage der Mutter abschilfernde Auflagerungen auf den Wülsten auf. Bei der zweiten Untersuchung in der Klinik wurde gleich das schnell erscheinende Erythem der Haut auf Brust, Bauch und Rücken beobachtet, welch letzterer sonst keine pathologischen Veränderungen mehr aufwies. Reizung der Haut durch einen Strich rief eine lebhafte sich weit verbreitende Röthe, aber keine Erhabenheiten hervor. Diese grosse Reizbarkeit der Haut ist längere Zeit der Beobachtung hindurch sich gleich geblieben, nur in der letzten Zeit schwindet sie. Die Primärefflorescenzen, welche wir sehr zahlreich an den verschiedensten Stellen der Haut beobachten konnten, waren plötzlich, ohne Fieberbewegung auftretende, rothe, flach erhabene Flecken oder breite Papeln von runder oder ovaler Form, Erbsen- bis Daumennagelgrösse und bis 1 Ctm. Höhe, welche den Quaddeln der Urticaria mehr weniger ähnlich waren. Diese Pomphi verschwanden jedoch nicht, ihre Röthe verwandelte sich in einigen Tagen in braune Pigmentirung, und wenn der Knoten nach längerer Zeit auch verschwunden war, blieb noch immer ein Pigmentfleck zurück. Eine Abschilferung oder Wucherung der Epidermis findet sich nur bei den lange bestehenden, zu Wülsten confluirten dicken Efflorescenzen. Jucken ist von der Mutter beim Auftreten der Efflorescenzen und auch sonst nicht beobachtet worden, auch klagte Patientin weder in der vergangenen Zeit, noch während ihres Aufenthaltes in der Klinik darüber. Ihre einzige Klage bezog sich auf spontanes Brennen und Schmerz bei Druck der befallenen Stellen beim Auftreten eines neuen Schubes. Ihr Allgemeinbefinden ist mit Ausnahme einiger Tage ihres Aufenthaltes in der Klinik, wo sie an folliculärer Halsentzündung, und später an Influenza litt, ein ganz gutes gewesen.

Die Veränderungen der Haut, auch die am stärksten entwickelten Wülste, sind keine beständigen Symptome, sie flachen sich ab, um bei Gemüthsbewegungen der Patientin oder bei mechanischer Reizung wieder plötzlich und stark vorzuspringen, wobei sie sich ganz fest anfühlen. Sie können aber auch vollständig schwinden, wie die Erscheinungen, welche die Mutter am Rücken beobachtet hat, von denen keine Spur mehr zu erkennen ist, beweisen, oder wie wir es auch an manchen Stellen selbst beobachtet haben, welche Tumoren aufwiesen, die sich allmälig pigmentirten,

abschwollen, zuerst als Pigmentfleck längere Zeit noch sichtbar waren, später aber nur normale Haut hinterliessen. Blasenbildung ist nicht beobachtet worden; die Schleimhäute sind nicht befallen.

Dieses Bild unserer Erkrankung entspricht dem der seltenen, von Sangster Urticaria pigmentosa benannten Hauterkrankung. Die Entstehung der Krankheit im sechsten Lebensmonate, die starke Reizbarkeit der Haut, die nur auf vasomotorische Störung zurückgeführt werden konnte, die Beobachtung der Primärefflorescenzen, welche in Schüben, in kürzeren oder längeren Zeitintervallen hie und da auftraten, und ihr Verlauf und ihre Rückbildung mit Pigmenthinterlassung, der mangelnde Einfluss dieser lange bestehenden Erkrankung auf das Allgemeinbefinden der Patientin, liessen mich bald den Fall, der Anfangs unklar war, als Urticaria pigmentosa diagnosticiren, worauf ich die Patientin am 22. Juli in der Sitzung der medicinischen Section der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde vorstellte.

Raymond[1]) hat im Jahre 1888 eine sehr gute Monographie über Urticaria pigmentosa herausgegeben, in welcher er genau über 29, theils schon früher veröffentlichte, theils neue Fälle, berichtet. Ich verweise auf dieselbe in Bezug auf die Literatur und die sehr genaue Zusammenstellung und Besprechung der Symptome der Krankheit aus den verschiedenen Beobachtungen. Seit dem Erscheinen der Monographie von Raymond sind noch einige Fälle von Elsenberg[2]), Elliot[3]), Mibelli[4]), Stellwagon[5]), Touton[6]) beschrieben worden.

Unser Fall zeichnet sich jedoch durch einige Eigenthümlichkeiten und leichte Abweichungen von der Mehrzahl der bis dahin beobachteten Fälle aus und dadurch war die Anfangs bestehende Schwierigkeit der Diagnose erklärlich.

Zuerst ist hervorzuheben, dass unsere Patientin nie über Jucken geklagt hat, beim Auftreten von neuen Efflorescenzen

---

[1]) L'Urticaire pigmentée par P. Raymond. Paris 1888.

[2]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888, pag. 357.

[3]) Journ. of cutan. and gen.-urin dis. 1887, pag. 16.

[4]) Lo Sperimentale. II. 4, 1888.

[5]) Journ. of cutan. and gen.-urin dis. 1889, pag. 469.

[6]) Verhandlungen d. Deutschen Derm. Ges. I. Congr. pag. 276 ff.

empfand sie nur Brennen, und Druck auf dieselben rief Schmerz hervor.

Das Jucken ist ein fast constantes Symptom in den bisher veröffentlichten Fällen, hat aber, wie in unserem Falle, in seltenen Fällen auch schon gefehlt. Die Intensität und Zeitdauer ist in den verschiedenen Fällen auch verschieden; am stärksten und häufig nur dann vorhanden, wenn neue Schübe der Krankheit sich bildeten oder bei Reiz der Haut durch die Luft beim Entkleiden oder bei Gemüthsbewegungen; das Brennen in unserem Falle tritt an die Stelle des Juckens. Eine wirkliche Urticaria factitia wurde in unserem Falle auch nicht beobachtet, sie fehlte aber auch in einigen der veröffentlichten Fälle, und in anderen war sie nur zu bestimmten Zeiten zu erregen. Die gesteigerte Erregbarkeit des vasomotorischen Systems der Haut zeigte sich bei unserer Patientin durch das Auftreten weit ausgedehnter Erytheme der gesunden Haut und der Efflorescenzen bei Einwirkung eines kleinen Reizes auf die Haut; ein Strich mit dem Nagel auf die gesunde Haut rief gleich eine sich verbreitende und lange dauernde Röthe hervor, auf Gemüthsbewegungen oder auf Reiben der Tumoren, reagirten diese durch Anschwellen und Hyperämie. Also nur durch die geringere Intensität dieser Erscheinungen unterscheidet sich unser Fall von den meisten anderen. In den meisten der früheren Beobachtungen wird hervorgehoben, dass die Epidermis keine Abnormitäten gezeigt habe; dagegen waren besonders die alten Wülste an den Händen, Unterarmen und am linken Knie unserer Patientin mit Auflagerungen von dicken Schuppen bedeckt, welche nach Aussage der Mutter erst nach längerem Bestande der Krankheit sich gebildet hatten. Die in der Klinik auftretenden Papeln und Quaddeln zeigten keine solche Abschilferung. Die lange Dauer der Erkrankung selbst, die Anwendung reizender Salben, die sich immer wiederholenden Hyperämien an den befallenen Stellen sind vollgenügende Erklärung für die Betheiligung der Epidermis an dem Processe. Sind doch auch sogar Blasenbildungen in einzelnen Beobachtungen verzeichnet worden. Am auffälligsten waren Anfangs besonders an den Vorderarmen, Händen und an der linken unteren Extremität die streifenförmigen, dicken Wülste, welche durch Confluiren der grossen und dicken, runden und ovalen Papeln gebildet wurden

und welche in Bezug auf die Diagnose an den von Kaposi beschriebenen und abgebildeten Lichen monileformis erinnerten. An einzelnen Stellen, wie z. B. am linken Knie, erhielten dieselben das Aussehen von Naevi, ohne jedoch das Bild des papillären Baues derselben zu geben.

Diese streifenförmige oder reihenförmige Anordnung der Efflorescenzen wird von mehreren Autoren in ihren Beobachtungen auch hervorgehoben; so sagt Lewinsky, dass die Efflorescenzen auf dem Rücken in Reihen geordnet, parallel den den Rippen gleich gerichteten Spannungslinien der Haut gesessen hätten; ähnliche Anordnung der Efflorescenzen findet sich in dem Falle von Fournier, Sangster, Behrend u. A.

Diese Eigenthümlichkeiten unseres Falles, im Vergleich zu der grossen Zahl früherer Beobachtungen, können uns nicht veranlassen, von der Diagnose Urticaria pigmentosa abzugehen; die Anamnese, die klinischen Symptome, der Verlauf der Krankheit, sprechen zu sehr für die sogenannte Urticaria pigmentosa.

Nur einige Worte über die Therapie: Atropin, lange Zeit in für das Kind passender Dosirung gereicht, schien keinen Einfluss auf die Erkrankung zu haben; warme Bäder haben fast regelmässig die Symptome gesteigert, unter ihrem Einfluss ist auch sonst das Auftreten neuer Schübe von Quaddeln beobachtet worden; z. B. berichtet Raymond, dass in seinem Falle die Krankheit sich nach einem heissen Schwefelbade über den ganzen Körper verbreitete, und dass in dem Falle von Behrend dasselbe nach Gebrauch von Salzbädern eintrat. Später haben wir innerlich nur Natr. salicyl. gegeben und Umschläge oder Puder mit Salicylsäure angewendet, unter welcher Behandlung die Symptome sehr gemindert sind. Ob post hoc oder propter hoc, lasse ich dahingestellt. Die zuletzt aufgetretenen Efflorescenzen bildeten nur noch rothe Flecken, die sich nicht über die Oberfläche der umgebenden Haut erhoben, und welche bald nur Pigmentflecken hinterliessen. Es hat den Anschein, als ob die Erkrankung jetzt spontan in Heilung übergeht. Die grosse Reizbarkeit der Haut, die sich beim Entblössen, Gemüthsbewegung, äusseren Reizen, durch Auftreten von Erythemen zeigte, hat in der letzten Zeit nachgelassen, nur bei der Entlassung des Kindes schwollen beim Weinen die noch bestehenden Flecken im Gesichte wieder auf und rötheten sich.

Raymond hat auch aus der Analyse der vorliegenden Fälle die gewöhnliche Dauer der Erkrankung auf 8—10 Jahre bestimmt; der Fall von Lewinsky, dessen Patient 18 Jahre alt war, beweist jedoch, dass in einzelnen Fällen die Erkrankung viel längere Zeit dauern kann.

Zur mikroskopischen Untersuchung habe ich zu drei Zeiten Stücke der erkrankten Haut unter Anwendung des Aethersprays ausgeschnitten, zuerst einen Knoten aus einem alten Wulste am linken Vorderarm, später eine ungefähr 3—4 Tage alte Papel des linken Oberschenkels und zuletzt einen Knoten des rechten Vorderarmes, der ungefähr 14 Tage bestand. Vor der Exstirpation wurden die auszuschneidenden Stücke nicht gereizt. Sie wurden in absolutem Alkohol gehärtet und zum Schneiden in Celloidin eingebettet, welches aber vor der Untersuchung der Schnitte durch Aetheralkohol wieder ausgezogen wurde. Die Schnitte wurden nach den verschiedensten Methoden gefärbt; ich nenne nur Pikrolithioncarmin, Lithioncarmin, Hämatoxylin und Eosin, Dahlia mit Eisessig, Anilinmethylenblau, Safranin, Ehrlich'sche Tuberkelbacillenfärbung mit Gentianaviolett oder Fuchsin, Vesuvin, Carbolfuchsin u. s. w.

Die Untersuchung der sehr zahlreichen Schnitte der drei Präparate ergab im Wesentlichen denselben Befund. Nur die Epidermis bot Unterschiede in den Schnitten der drei Präparate, je nach der Länge des Bestandes der exstirpirten Knoten. Während bei dem frischen Knoten die Epidermis (Rete und Hornschicht) keine Abnormitäten aufwies, ausser dass die Zellen der innersten Reteschicht theils diffuses, theils körnchenähnliches, gelbes bis braunes Pigment enthielten, fanden wir in den Schnitten des Knotens, welcher nach 14tägigem Bestande exstirpirt wurde, im Bereiche des Knotens das Rete verdickt und die Hornschicht ebenfalls grösser angesammelt. Dies Verhältniss stellt sich in noch viel höherem Grade bei dem ganz alten, vom linken Vorderarm zuerst exstirpirten Knoten dar. In allen Schnitten wurde Pigment in den den Papillen aufliegenden Retezellen beobachtet. Das Bindegewebe der Cutis zeigt keine besonderen Veränderungen, nur waren die Fasern hier und da durch Oedem auseinandergedrückt und erschienen angeschwollen. Die Lymphspalten erschienen an einzelnen Stellen der Pomphi erweitert. Um die Gefässe des ober-

flächlichen subepidermoidalen Gefässnetzes sieht man eine Einlagerung von Zellen, welche sich in die Papillen, deren Gefässen folgend, in geringerer Zahl fortsetzen. Die Schnitte, welche mit Pikrocarmin, Lithioncarmin, Vesuvin, Hämatoxylin gefärbt waren, zeigten nur das Bild einer gewöhnlichen, die Gefässe begleitenden kleinzelligen Infiltration. Von dem oberflächlichen Gefässnetze aus erstreckte sich diese Zelleninfiltration aber auch in die Tiefe der Cutis, immer an Zahl abnehmend, und begleitete die Gefässe um die Haarbälge, Talg- und Schweissdrüsen. Das subcutane Gewebe war von Zelleninfiltration frei. Um die Haarbälge war sie in vielen Schnitten am stärksten. In den Schnitten aber, welche mit Dahlia, Anilinmethylenblau, Safranin gefärbt und mit Eisessig und Alkohol entfärbt worden waren, zeigte sich, dass diese erwähnte Zelleninfiltration überall von einer sehr grossen Zahl charakteristischer Mastzellen begleitet ist, welche auch den Gefässen allenthalben folgt. Werden solche Schnitte stark mit Eisessig und Alkohol entfärbt, so sieht man die kleinzellige Infiltration gar nicht mehr und es bleiben nur die Mastzellen schön sichtbar; werden sie jedoch nur schwach entfärbt, so bleiben die Kerne der kleinzelligen Infiltration, wenn auch viel heller als die Mastzellen gefärbt, doch noch sichtbar, und die Mastzellen treten in dem Bilde auch schon bei schwächerer Vergrösserung durch ihre Färbung sehr deutlich hervor (cf. Tafel XIV, Fig. 1). Diese Mastzellen sind von verschiedener Grösse und haben alle möglichen Formen; man sieht becherförmige, runde, grosse, ovale, vieleckige, spindelförmige, welche mit Fortsätzen mit deutlichen Körnern versehen sind, die die benachbarten Mastzellen (cf. Tafel XIV, Fig. 2) zuweilen mit einander verbinden. Ihre Kerne erscheinen blasenförmig, wenn sie nicht durch die Körner verdeckt sind. Diese Mastzellen begleiten überall die Gefässe, auch um die Haarbälge, Talg- und Schweissdrüsen, nehmen jedoch, wie die sie begleitende kleinzellige Infiltration, je weiter sie nach dem subcutanen Gewebe kommen oder sich vom Pomphus in die gesunde Haut erstrecken, an Zahl sehr ab. In dem subepidermoidalen Theile der Cutis habe ich nur vereinzelt Zellen mit Pigment beobachtet.

Es liegen schon mehrere histologische Untersuchungen der Pomphi von Urticaria pigmentosa vor, von Thin, Pick, G. und F. E. Hoggan, Colcott Fox, Unna, Raymond und Elsen-

berg. Ich verweise über deren detaillirten Befund auf die Arbeit von Unna (Beiträge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa, Derm. Stud. 3. H.), auf Raymond (l. c.) und auf Elsenberg (Vierteljahresschr. 1888, pag. 357). Die von allen Untersuchern, mit Ausnahme von Pick, welcher nur hämorrhagische Herde, die mit kleinen Zellen umgeben waren und zuletzt Pigmentablagerung hinterlassen hatten, fand, beschriebene Zelleneinlagerung, welche den Gefässen sich anschloss, habe ich bei meiner Untersuchung auch constatirt. Welcher Art diese Zellen waren, blieb bis zu der Untersuchung von Unna unentschieden. Dieser, der seine Schnitte allen neueren Färbemethoden unterwarf, konnte nachweisen, dass diese Zellen lauter Mastzellen waren, welche an der Peripherie spindelförmig, bandartig ausgezogen, wo sie aber unter der Oberhaut in grosser Menge dicht gedrängt beisammen lagen, kubisch, ähnlich den Zellen der mittleren Stachelschicht sich gestalteten. Unna schliesst, da er in seinen Präparaten „eine notorische Anhäufung von gewöhnlichen weissen Blutkörperchen nicht gefunden“ hat, aus seinem Befunde, dass die Mastzellen das Bestimmende, Charakteristische im histologischen Bilde der Urticaria pigmentosa sind. „Man kann den Tumor, der nach dem Verschwinden der Quaddel, an den pigmentirten Stellen in Gestalt einer flachen Papel verbleibt, direct als eine Geschwulst von Mastzellen bezeichnen“ (l. c. pag. 19). Ihm schliesst sich Elsenberg, auch Raymond ganz an; Letzterer, der Präparate von zwei Patienten untersucht hat, findet in dem einen die Hornschicht der Epidermis vielleicht ein wenig verdickt, während er in dem zweiten Präparate bemerkenswerthe Verlängerung der interpapillären Epidermiszapfen beschreibt.

Was nun die Pigmentirung betrifft, so schliesst sich Unna den englischen Autoren an; in seinem Falle hat er in der Cutis keine Pigmentablagerungen gefunden, wie Pick sie beschreibt; das Pigment sass in den unteren Zelllagen der Stachelschicht. Raymond hat dagegen in seinen Fällen keine Pigmentirung der Retezellen nachweisen können, während er in dem zweiten Falle besonders in den Papillen kleine Pigmenthäufchen von gelber, brauner oder goldener Farbe, welche auch das oberflächliche Gefässnetz der Haut begleiteten, vorfand. In unserem Falle war das

Pigment in der Hauptsache nur in den unteren Zelllagen des Rete angehäuft, nur selten habe ich einzelne Pigmentablagerungen in den Papillen und dem angrenzenden Theile der Cutis beobachtet. Was nun das Wesentliche in dem Befunde, die Zelleninfiltration, betrifft, so kann ich durch meine Untersuchungen die Gegenwart von Mastzellen in sehr grosser Anzahl bei der Urticaria pigmentosa bestätigen. Bilder, wie Unna sie in Fig. 2 und 5 (l. c.) wiedergibt, habe ich in allen Schnitten, welche ich auf Mastzellen hin gefärbt hatte, gefunden. Bilder, wie die Fig. 1 und 4 von Unna, mit so starker Anhäufung von Mastzellen, sind mir bei meiner Untersuchung von mehreren hundert Schnitten nicht vorgekommen. Neben den Mastzellen konnte ich noch immer eine, wenn auch geringe Infiltration mit lymphoiden Zellen constatiren, welche die Gefässe begleitet und mit den zahlreichen Mastzellen durchsetzt ist. Ich will hier daran erinnern, dass meine Patientin sich in ihrem zehnten Lebensjahre befindet, und dass dem Anscheine nach der Process jetzt in vollständiger Rückbildung begriffen ist, wie ich oben schon erwähnte, während die untersuchten Präparate der anderen Autoren von Kindern im ersten oder zweiten Lebensjahre, stammten, wo der Process in voller Blüthe sich befand. Ich kann auch nach meiner Untersuchung der Ansicht von Unna nicht voll mich anschliessen, dass die Mastzellen „das Bestimmende, Charakteristische in dem histologischen Bilde der Affection" sind, weil ich neben den Mastzellen noch eine kleinzellige Infiltration gefunden habe und die Mastzellen sich bei allen chronischen Processen in der Haut in grösserer oder geringerer Menge vorfinden. Bei den sehr zahlreichen Untersuchungen von Lupusschnitten habe ich die Mastzellen, besonders bei Lupus hypertrophicus, auch in ebenso grosser Zahl, wie in meinem Falle von Urticaria pigmentosa vorgefunden. In einem Falle von tuberculöser Granulation der Nasenschleimhaut begleiteten sehr grosse Mastzellen in den verbreiterten Papillen die Gefässe in so grosser Zahl, dass bei schwacher Vergrösserung, wo die Mastzellen wegen ihrer Grösse sehr deutlich waren, die kleinzellige Infiltration fast verschwand und das Ganze fast das Bild eines Tumors in den Papillen darstellte, der nur aus Mastzellen bestand (cf. Fig. 3, Tafel XIV), Bilder, welche den Fig. 1 und 4 von Unna ganz ähnlich sind. Auch in der Nähe von Ulcus chronicum cruris habe ich die Mastzellen sehr massen-

haft vorgefunden, besonders in einem Präparate, welches ich der Güte des Collegen Prof. Ribbert verdanke.

Im Sommer 1888 hatte ich die Gelegenheit, einen Fall von Urticaria perstans mit Pigmentbildung zu beobachten und histologisch zu untersuchen.

Der Patient, Ph. W., 38 Jahre alt, wurde 3 Wochen vor seiner Aufnahme in die Klinik von einer Urticaria befallen, welche fast nur das Gesicht frei liess. Die Quaddeln blieben zum Theil bestehen und verschwanden erst nach mehrtägigem Bestande allmälig, unter Hinterlassung eines pigmentirten Fleckes. An einigen Quaddeln, welche in der Klinik besonders an den Händen und Unterschenkeln auftraten, konnten deutliche Hämorrhagien beobachtet werden. Drei nebeneinander stehende Quaddeln am Oberschenkel, welche keine Hämorrhagie zeigten, wurden exstirpirt, in absolutem Alkohol gehärtet und histologisch untersucht. Der Befund war im Wesentlichen der gleiche, den wir in unserem Falle von Urticaria pigmentosa beschrieben haben. Eine geringe kleinzellige Infiltration, durchsetzt von Mastzellen in grosser Zahl, wenn auch nicht gerade so zahlreich, wie bei Urticaria pigmentosa, begleitete die Gefässe, besonders in der oberen Cutisschicht.

Wir finden die Mastzellen in der Haut mehr weniger vermehrt in allen chronischen Entzündungen derselben; ich möchte daher der Anwesenheit dieser Zellen bei Urticaria pigmentosa keinen grösseren Werth beilegen, als bei den anderen chronischen Erkrankungen der Haut. Das Wesen der Mastzellen ist noch nicht aufgeklärt, wir kennen die Gründe nicht, weshalb sie bei einer chronischen Erkrankung zuweilen massenhaft, zuweilen nur in sehr geringer Zahl vorkommen, ebensowenig, wie wir ihre grosse Zahl bei Urticaria pigmentosa erklären können. Wie oben schon erwähnt, habe ich dieselben bei vielen Präparaten von Lupus massenhaft vorgefunden, so dass dadurch das Auffinden von Tuberkelbacillen sehr erschwert wurde, während sie in anderen Präparaten nur in sehr geringer Zahl aufzufinden waren.

Weitere Untersuchungen werden zur Klärung des Wesens der Urticaria pigmentosa, dieser so seltenen Erkrankung, gemacht werden müssen; erst wenn das Wesen der Mastzellen aufgeklärt ist, werden wir über ihre Bedeutung in diesem Processe urtheilen können. Wie die Discussion auf dem ersten Congress der Deutschen

Dermatologischen Gesellschaft zu Prag beweist, ist noch sehr viel Dunkel aufzuklären. Jedenfalls, ob der Name Urticaria pigmentosa, der von Sangster gegeben und fast allgemein angenommen ist, bleibt oder nicht, man wird nur die Fälle, welche in der ersten Zeit nach der Geburt aufgetreten sind, dazu rechnen dürfen, und mit Raymond die spät auftretenden, persistirenden und zuletzt Pigmentirungen hinterlassenden Urticariafälle, wie der eben erwähnte bei dem 38jährigen Manne, von der Urticaria pigmentosa klinisch trennen müssen, obschon der histologische Befund, wie meine Untersuchung nachweist, ein der Urticaria pigmentosa sehr ähnlicher ist.

Erklärung der Tafeln.

Tafel XII und XIII Ansichten der Mathilde St. nach Photographien, unmittelbar nach ihrer Aufnahme in die Klinik.

Tafel XIV, Fig. 1. Schnitt durch den alten Knoten vom linken Vorderarm (Zeiss, schwache Vergrösserung). *H* = Haarbalg, *St c* = Stratum corneum, *R* = Rete, *Kz* = Kleinzellige Infiltration, durchsetzt von zahlreichen Mastzellen, *Sd* = Schweissdrüse, *Td* = Talgdrüsen. Färbung mit Anilinmethylenblau, Eisessig.

Fig. 2. Kleinzellige Infiltration, ein Gefäss begleitend, mit vielgestaltigen Mastzellen (Zeiss, apochrom. Oc. 4, Homogene Immers. 2 Mm. Apert 1·30) in der Nähe einer Papille. Dieselbe Färbung wie Fig. 1.

Fig. 3. Schnitt aus einer tuberculösen Wucherung der Nasenschleimhaut; enorm zahlreiche, sehr grosse Mastzellen, die kleinzellige Infiltration an vielen Stellen verdeckend (Vergrösserung dieselbe wie Fig. 2). Färbung mit Carbolfuchsin, Nachfärbung mit Methylenblau.

Die Syphilis als Infectionskrankheit vom Standpunkte der modernen Bacteriologie.

Eine kritisch-historische Studie.

Von

Dr. Ernest Finger,

Docenten für Dermatologie und Syphilidologie an der Wiener Universität.

Wenn wir auch die moderne Bacteriologie noch durchaus nicht als ein fertiges, abgeschlossenes Ganze anzusehen die Berechtigung haben, zwei Thatsachen sind es doch, die wir nach dem schon heute aufgespeicherten Materiale als feststehend ansehen dürfen.

Zunächst einmal ist es die Thatsache, dass die Symptome der verschiedenen Infectionskrankheiten Wirkung nicht der Krankheitserreger allein, sondern auch der von den Krankheitserregern producirten chemischen Stoffe, Ptomaine, sind, wir uns daher bei jeder Infectionskrankheit die Frage vorzulegen haben, welche Symptome derselben sind Symptome, Resultate der Vermehrung des krankmachenden Agens selbst, welche Symptome dagegen sind nur Resultate einer Fernwirkung der Parasiten, Folgen der von diesen producirten und resorbirten Stoffwechselproducte.

Neben der Thatsache, dass also den Stoffwechselproducten der virulenten Mikrorganismen specifische giftige Wirkungen zukommen, haben wir aber auch noch die zweite Thatsache zu registriren, deren Erklärung uns allerdings noch völlig abgeht, die Thatsache, dass die durch den Ablauf der Infectionskrankheit erzeugte Immunität eine directe Folge der Stoffwechselproducte des diese Erkrankung erzeugenden Virus darstellt.

Wir haben also bei jeder Infectionskrankheit zu unterscheiden: a) örtliche Symptome, Resultate der localen Vermehrung der Parasiten, bei deren Entwickelung übrigens auch sowohl das Contagium, als dessen Stoffwechselproducte betheiligt sind, die also Resultat mechanischer und chemischer Momente darstellen, wobei die Specificität der Krankheitsherde zweifellos auf die specifische chemische Wirkung zurückzuführen ist; b) Allgemeinerscheinungen und wohl auch manche örtliche Erscheinungen (welche letzteren dann bei Untersuchung darauf die Mikroorganismen vermissen lassen) die nicht durch das Virus, sondern durch dessen Stoffwechselproducte, also durch rein chemische Action erzeugt sind; c) die Immunität in allen ihren Abstufungen, gleichfalls als Resultat chemischer durch die Stoffwechselproducte vollführter Action.

Ohne mich in eine detaillirte Besprechung der diese Sätze beweisenden Untersuchungen einzulassen, glaube ich doch die einschlägigen Arbeiten kurz Revue passiren lassen zu sollen. Was also die chemische Wirkung und immunisirende Action der Stoffwechselproducte verschiedener Krankheitserreger betrifft, hat Bitter[1]) zunächst unter Buchner's Leitung nachgewiesen, dass das Ferment des Vibrio der Cholera asiatica analog den Fermenten der höheren Organismen, auch nach Tödtung der betreffenden Spaltpilze seine chemische Wirksamkeit nicht einbüsst. Cantani[2]) injicirte bei Hündinnen sterilisirte Choleraculturen und erzeugte so grosse Schwäche, Muskelzittern, Krämpfe der hinteren Extremitäten, Erbrechen bei den Versuchsthieren. Brieger[3]) untersuchte Culturen verschiedener virulenter Bacterienarten chemisch und vermochte aus ihnen Ptomaine darzustellen. So producirt der Streptococcus pyogenes Trimethylamin, der Typhusbacillus ein kräftiges Toxin, das Typhotoxin, das Meerschweinchen injicirt, Muskelschwäche, Vermehrung der Speichel- und Darmsecretion erzeugt. Die Tetanusbacillen erzeugen Tetanin, das bei Fröschen, Meerschweinchen, Kaninchen Opisthotonus, tonische und klonische

[1]) Bitter, Ueber die Fermentausscheidung des Koch'schen Vibrio der Cholera asiatica. — Arch. f. Hygiene. V. 1886, 2.

[2]) Cantani, Giftigkeit der Cholerabacillen. — Deutsche med. Wochenschr. 1886, 45.

[3]) Brieger, Untersuchungen über Ptomaine. — Berlin 1886.

Krämpfe erzeugt. Hoffa[1]) hat aus Milzbrandculturen ein Alkaloid dargestellt, das bei Kaninchen, Meerschweinchen, weissen Mäusen, Fröschen, Dyspnoe und Tod unter asphyktischen Zuckungen, Krämpfen und Speichelfluss erzeugte. Brieger[2]) isolirte aus Culturen von Cholerabacillen, drei Toxine, die bei Säugethieren Dyspnoe, Krämpfe und Muskelzittern erzeugen. Scheuerlen[3]) wies nach, dass sterilisirte Aufgüsse von Staphylococcen, in das subcutane Gewebe injicirt, Eiterherde erzeugen, die sich von den durch den Staphylococcus selbst erzeugten Eiterungen durch das Fehlen progressiver Tendenz, Abwesenheit der Mikroorganismen unterscheiden. Roux und Chamberland[4]) isolirten in Aufschwemmungen von Oedembacillenculturen die Stoffwechselproducte von den Bacillen durch Sterilisiren oder Filtriren durch Porzellanplatten und injicirten die so gewonnenen Stoffwechselproducte Meerschweinchen in die Bauchhöhle. So behandelte Thiere zeigten sich gegen Impfungen mit Oedembacillusculturen immun. Chauveau[5]) führt die durch Schutzimpfung erzeugte Immunität zurück auf eine Imprägnation des Organismus mit den Stoffwechselproducten des betreffenden Mikrobion. Salomon und Smith[6]) machten Tauben durch Injectionen sterilisirter Culturen des Schweinerothlauf, gegen Impfungen mit virulentem Material desselben immun. Den gleichen immunisirenden Effect erzielten Foà und Bonome[7]) durch Injectionen sterilisirter und filtrirter Culturen von Proteus vulgaris. In gleicher Weise

---

[1]) Hoffa, Die Natur des Milzbrandgiftes. — Wiesbaden 1886.

[2]) Brieger, Zur Kenntniss der Stoffwechselproducte des Cholerabacillus. — Berlin. Klin. Wochenschr. 1887.

[3]) Scheuerlen, Weitere Untersuchungen über die Entstehung der Eiterung. — Arbeiten aus der chir. Klinik d. Univ. Berlin. III. 1887.

[4]) Roux und Chamberland, Immunité contre la septicémie conférée par des substances solubles. — Ann. de l'Instit. Pasteur 1887, 12.

[5]) Chauveau, Sur la théorie des inoculations préventives. — Rev. de méd. 1887, 3.

[6]) Salomon und Smith, Experiments on production of immunity. — Intern. Congress of Washington. 1887.

[7]) Foà und Bonome, Contribuzione allo studio delle inoculazioni preventive. Giornale della Ra. Ac. di med. 1887.

wie Scheuerlen haben auch Grawitz und de Bary[1]) constatirt, dass subcutane Injection von sterilisirten Culturen von Staphylococcus aureus Abscesse erzeugt, die von Keimen frei sind. Brieger[2]) zeigte weiters, dass die von ihm dargestellten Toxine aus Tetanusculturen nur in den jungen, lebensfähigen, nicht aber in alten Culturen, in denen die Bacillen bereits abgestorben sind, darzustellen seien. Ebenso sei der Nährboden für das Entstehen der Toxine von wesentlicher Bedeutung. Klebs[3]) hebt hervor, nachdem die Choleravibrionen sich ausschliesslich im Darm aufhalten, müssten die in anderen Regionen beobachteten Krankheitserscheinungen nur als die Erfolge eines von den Vibrionen gebildeten und resorbirten Giftes betrachtet werden. Fehleisen[4]) wies auf Grund einer Versuchsreihe nach, die Virulenz der Eiterbacterien hänge weniger mit ihrer Menge, als mit der Giftigkeit der von ihnen producirten Ptomaine zusammen. Roux[5]) erzeugte bei Meerschweinchen Immunität gegen Rauschbrand, indem er ihnen sterilisirte oder durch Porzellanplatten filtrirte Rauschbrandculturen in die Bauchhöhle injicirte. Chantemesse und Vidal[6]) erzeugten bei Mäusen in gleicher Weise Immunität gegen Impfung mit virulenten Typhusculturen, indem sie denselben sterilisirte Typhusculturen einspritzten. Charrin[7]) immunisirte Kaninchen gegen Culturen von Bacillus pyocyaneus durch Injection durch Filtriren oder Kochen sterilisirter Culturen desselben Bacillus. Arloing[8]) erzeugte ausgebreitete entzündliche

[1]) Grawitz und de Bary, Ueber die Ursachen der subcutanen Entzündung. — Virchow's Archiv, 108.

[2]) Brieger, Zur Kenntniss der Aetiologie des Wundstarrkrampfes. — Deutsche med. Wochenschr. 1887.

[3]) Klebs, Die Biologie der Choleravibrionen. — Allg. Wien. med. Zeitg. 1887.

[4]) Fehleisen, Zur Aetiologie der Eiterung. — Deutsches Arch. f. klin. Chir. Bd. 34.

[5]) Roux, Immunité contre le charbon. — Ann. de l'Instit. Pasteur 1888, 2.

[6]) Chantemesse et Vidal, De l'immunité contre le virus de la fièvre typhoide. — Ann. de l'Instit. Pasteur 1888, 2.

[7]) Charrin, Sur des procédés capables d'augmenter la resistance de l'organisme à l'action des microbes. — Compt. rendus 105.

[8]) Arloing, Sur la présence d'une matière phlogogène . . . — Compt. rendus 106.

Knoten durch Injection sterilisirter Culturen der Peripneumonia bovium in das subcutane Gewebe. Dieselbe entzündungserregende Substanz findet sich auch in der Lunge der an Peripneumonie erkrankten Thiere. Roux und Yersin[1]) stellten aus Culturen des Löffler'schen Diphtheriebacillus ein Ptomain dar, das ohne Betheiligung der Bacillen Thiere lähmt und tödtet. Die Section der mit sterilisirten und filtrirten Culturen geimpften Thiere zeigte Hyperämie der Nieren, Pleuraexsudat, zahlreiche Ecchymosen auf den serösen Häuten. Löwenthal[2]) sieht, nachdem sich die Cholerabacillen nur im Darm vermehren, die Allgemeinerscheinungen der Cholera als Folge der Resorption der Stoffwechselproducte der Bacillen an. Leber[3]) hat durch Injectionen sterilisirter Staphylococcus aureus-Culturen in das subcutane Gewebe Abscesse erzeugt, aus diesen Culturen eine krystallinische, heftige Entzündung erregende Substanz dargestellt. Desgleichen hat Christmas[4]) Abscesse erzeugt durch subcutane Injection sterilisirter Culturen von Staphylococcus aureus. Brieger[5]) hat in sieben Fällen von Puerperalprocessen Eitercoccen nur in den Localisationsherden (Gehirn, Pleura, Bauchhöhle, Gelenke) nie aber im Blut nachgewiesen. Dieses, Thieren injicirt, blieb unschädlich. Brieger folgert daraus, dass die Allgemeinerscheinungen und der Tod in diesen Fällen die Folge der Resorption der von den Coccen erzeugten Toxine gewesen seien.

Gamaleia[6]) erzeugte Immunität durch Impfung mit sterilisirten Choleraculturen. Arloing[7]) erzeugte aus Culturen von Bacillus heminecrobiophilus ein in Alkohol nicht lösliches Toxin, das, Thieren injicirt, Fieber, Erbrechen, Zittern und Abgeschlagen-

---

[1]) Roux et Yersin, Contribution à l'étude de la diphthérie. — Ann. de l'Inst. Pasteur 1888.

[2]) Löwenthal, Expériences biologiques et thérapeutiques sur le choléra. — Compt. rend. de l'acad. des sc. de Paris 1888.

[3]) Leber, Die Entstehung der Entzündung. — Fortschr. d. Med. 1888.

[4]) Christmas, Recherches expérimentelles sur la suppuration. — Ann. de l'Inst. Pasteur 1888.

[5]) Brieger, Ueber bacteriologische Untersuchung bei einigen Fällen von Puerperalfieber. — Charité-Ann. XIII. 1888.

[6]) Gamaleia, Ac. des sc. méd. 20. Aug. 1888. Sem. méd. 1888, 34.

[7]) Arloing, Effets généraux des substances produires par le bacillus terminecrobi ophilm. — Compt. rend. de l'acad. des sc. de Paris 1889.

heit erzeugt. Dieser Stoff findet sich sowohl in den Culturbouillons als im Saft der erkrankten Hoden. Bouillon und Hodensaft sterilisirt und injicirt, erzeugen die gleichen Erscheinungen wie das Toxin. In die Hodensubstanz injicirt, erzeugt der Bacillus Nekrose. Er bleibt aber im Hoden localisirt und geht nicht in das Blut über. Die sich an die Hodennekrose anschliessenden Allgemeinerscheinungen sind Folge der Resorption des Toxins aus dem localen Herd, können durch frühzeitige Castration verhindert werden. Hankin [1]) hat unter Koch's Leitung aus Milzbrandculturen eine Albumose isolirt, die in grösserer Menge injicirt, Thiere tödtet, in kleiner Menge eingebracht, gegen virulente Milzbrandimpfungen immunisirt. Ribbert [2]) führt die diffuse Nephritis mancher Infectionskrankheiten (Cholera) bei der der Nachweis von Bacillen in der Niere nicht gelingt, auf Ptomainwirkung zurück. Endlich habe ich [3]) in einer Arbeit aus Prof. Weichselbaum's Laboratorium dargethan, dass Injectionen sterilisirter Rotzculturen bei Kaninchen gegen virulente Rotzimpfung Immunität erzeugen. Injectionen grösserer Mengen solcher Culturen die Thiere aber tödten, also giftig wirken. Die Section zeigt das Vorhandensein charakteristischer vom Rotz verschiedener Krankheitserscheinungen, Stauungs- und Entzündungserscheinungen im Gebiet der Pfortader, Hepatitis und Peritonitis, Hämorrhagien auf den serösen Häuten.

Alle die eben angeführten Untersuchungen beweisen, dass den Stoffwechselproducten verschieden virulenter Bacterienarten einmal eine den thierischen Organismus immunisirende, dann aber auch giftige, krankheitserregende Wirkung zukommt, die Stoffwechselproducte also bei der Erzeugung der meist so complexen Krankheitsbilder verschiedener acuten und chronischen Infectionskrankheiten wesentlich betheiligt sind.

Wenn ich nun in den vorliegenden Zeilen an die Beantwortung der Fragen gehe, ob und welche Anhaltspunkte wir

---

[1]) Hankin, Immunity produced by an albumose isolated from Antraxcultures. — British med. Journ. 1889.

[2]) Ribbert, Ueber unsere jetzige Kenntniss von der Erkrankung der Nieren bei Infectionskrankheiten. — Deutsche med. Wochenschr. 1889.

[3]) Finger, Zur Frage der Immunität und Phagocytose beim Rotz. — Ziegler's Beiträge zur pathol. Anatomie, VI. 1889.

für die Annahme besitzen, dass auch die so vielfältigen Erscheinungen der Syphilis sich auf zwei getrennte Momente, Parasiten und deren Stoffwechselproducte zurückführen lassen, so bin ich mir wohl bewusst, dass ich damit die glatte Bahn der Hypothesen und Analogieschlüsse betrete. Wenn ich dies dennoch unternehme, so geschieht es deshalb, weil das Studium der Syphilis und ihrer reichen Literatur mich ein reichliches Material vorfinden liess, das sich zwanglos zur Verwerthung dieser Fragen eignet. Andererseits sind wir, so lange wir nicht in der Lage sind, Culturen des Syphilisbacillus und Ueberimpfung dieser auf Thiere mit positivem Erfolge vorzunehmen, bei Beantwortung eben dieser Fragen auf kritisch gesichtete, sorgfältig gesammelte Casuistik angewiesen. Zweck dieser Zeilen ist es nun, einige Fragen, die zu den interessantesten der Syphilispathologie gehören, in dem letzten Decennium aber leider mehr und mehr von der Tagesordnung schwanden, wieder etwas mehr in den Vordergrund der Discussion zu bringen.

Ich beabsichtige daher im Folgenden das Symptomenbild der Syphilis mit Rücksicht auf die oben gestellten Fragen zu betrachten.

I. Primäres Stadium. Der Initialaffect, die multiple Drüsenschwellung sind ja zweifellos als locale Vermehrungsherde des Virus, also durch dieses bedingt, anzusehen. Doch auch in diesen Herden spielen neben dem Virus auch dessen Stoffwechselproducte eine Rolle und so mag die so specifische, durch anatomische Verhältnisse nicht zu erklärende Derbheit des Initialinfiltrates bisher nicht näher bekannten chemischen durch die Stoffwechselproducte bedingten Veränderungen des Bindegewebes ihren Ursprung verdanken. Wann der Krankheitserreger seine Heimstätten, Sklerose und Drüsen, verlässt und sich im ganzen Körper ausbreitet, wissen wir nicht genau. Eines aber ist sicher: die in den Körpersäften löslichen und gelösten Stoffwechselproducte können nicht örtlich abgeschlossen bleiben, sie vertheilen sich mit der Circulation von Blut und Lymphe im ganzen Körper. Entsprechend der in geometrischer Progression stattfindenden Vermehrung des Krankheitserregers werden auch dessen Stoffwechselproducte sich in gleicher Weise vermehren und so erfolgt schon im primären Stadium eine allmälige, progressiv an-

steigende Intoxication des ganzen Körpers. Neben der Verbreitung der Stoffwechselproducte auf dem Wege der Circulation, mag aber auch eine solche auf dem Wege der Diffusion vom Initialaffecte, als dem Orte der höchsten Concentration, nach der Peripherie desselben Platz greifen. Als Ausdruck dieser Intoxication haben wir zwei schon in der primären Periode auftretende Erscheinungen anzusehen: a) die Immunität. Diese Immunität, die ja nur für das Hautorgan erwiesen ist, ist nach den Impfungen von Bidencap[1]), Diday[2]), Lee[3]), Sperino[4]), Pontoppidan[5]) zu schliessen, Anfangs nur eine regionäre, da ja die Nachbarschaft des Initialaffectes auf dem doppelten Wege durch Circulation und Diffusion reichlicher mit Stoffwechselproducten versehen wird, erst später eine universelle. Ich werde später erst die Immunität bei Syphilis im Zusammenhange besprechen und jene Beweise erbringen, die uns zwingen, dieselbe ausschliesslich als Effect der Stoffwechselproducte des Virus anzusehen, möchte hier nur im Vorübergehen auf das Fehlerhafte aller jener Schlüsse hinweisen, die aus der Immunität auf die Verbreitung der Krankheitserreger selbst gezogen werden. Dass nichtsdestoweniger schon in der primären Periode Virus selbst auch über den Initialaffect hinaus sich im Körper vorfindet, oder wenigstens vorfinden kann, beweist der von mir[6]) beobachtete Fall von Auftreten syphilitischer Efflorescenzen auf einer vorher irritirten Hautstelle in den Kniekehlen, zwei Wochen vor der Allgemeineruption, in der sogenannten zweiten Latenzperiode des primären Stadiums, ferner die von Lang[7]) wieder betonte Beobachtung des Auftretens von Flecken und Papeln mit intactem Epithel in der Nachbarschaft des Initialaffectes in derselben Periode. Während für diese Fälle die von

---

[1]) Bidencap. — Wiener med. Wochenschr. 1864, Nr. 34.

[2]) Diday, Histoire naturelle de la Syphilis. — Lyon 1863,

[3]) Lee, Holme's System of Surgery. I. pag. 440.

[4]) Sperino, La syphilisation. — Paris 1856.

[5]) Pontoppidan, Ueber einige Inoculationsresultate von Sklerosen auf den Träger. — Vierteljahresh. f. Derm. u. Syph. 1883.

[6]) Finger, Ueber Syphilis und Reizung. — Prager med. Wochenschr. 1881, 40.

[7]) Lang, Ueber Wege und Wandlungen des Syphiliscontagium. — Wiener med. Doctorencolleg. 1888. 2. Dec.

Lang acceptirte Annahme regionärer Wanderung des Virus plausibel ist, kann für meinen Fall wohl nur Transport des Virus durch die Circulation angenommen werden.

b) Allgemeinerscheinungen. Schon in der primären Periode tritt, sich allmälig und progressiv aggravirend, eine Reihe von Erscheinungen auf, die wir zwanglos als Intoxicationserscheinungen mit den Stoffwechselproducten des Syphilisvirus ansehen können.

Hierher gehört zunächst die meist um die siebente Woche sich einstellende, allmälig entwickelnde Chloranämie, die nach Ricord's und Grassi's[1]), sowie Wilbuszewicz'[2]) (allerdings der Nachprüfung mit neueren, exacteren Methoden bedürftigen) Untersuchungen auf einer Zunahme der weissen gegenüber den rothen Blutkörperchen, andererseits aber in einer absoluten Abnahme der festen Bestandtheile des Blutes beruht.

Ihren Höhepunkt erreichen diese allgemeinen und Ernährungsstörungen noch vor der nachweisbaren Dissemination des Krankheitserregers im ganzen Körper, in den Erscheinungen der Eruptionsperiode. Fieber, Abgeschlagenheit und Mattigkeit, Glieder- und Gelenksschmerzen mit nächtlicher Exacerbation, rasch vorübergehende Albuminurien, auf die insbesondere Horteloup[3]) wieder unsere Aufmerksamkeit lenkte, kurz dauernder Icterus, die von mir[4]) zunächst hervorgehobenen, von Lechner, Bergh bestätigten Schwankungen der Reflexerregbarkeit, wandernde Neuralgien, die von Lang und Schnabel[5]) nachgewiesenen Hyperämien der Netzhaut gehören hierher. All' dies sind viel zu ephemere, wechselnde Erscheinungen, als dass wir die Möglichkeit, sie seien durch örtliche Localisationsherde des Virus bedingt, zugeben können, sind Erscheinungen viel zu allgemeiner Natur, als dass sie durch örtliche Herde überhaupt erklärt werden könnten. Und hier tritt uns zum ersten Mal eine chemische Differenz entgegen,

---

[1]) Ricord und Grassi, Behrend Syphilidologie. Neue Reihe. I. 1858.

[2]) Wilbuszewicz, Brown Séquard's Archiv 1874.

[3]) Horteloup, Ann. de Derm. et de Syph. 1886, 9.

[4]) Finger, Ueber eine constante nervöse Störung bei florider Syphilis der Secundärperiode. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1881.

[5]) Lang, Ueber Meningealirritation bei beginnender Syphilis. — Wiener med. Wochenschr. 1880.

der wir während des ganzen Verlaufes der Syphilis begegnen, die wir noch mehrmals betonen werden. Gegen die örtlichen, sicher durch Vermehrung der Krankheitserreger bedingten Herde, Sklerose und Drüsenschwellung, erweist sich Quecksilber äusserst wirksam, Jod absolut unwirksam. Den Erscheinungen der Eruptionsperiode gegenüber ist die Wirkung des Jods höchst auffällig, weit intensiver, als die wenn auch nicht ganz abzuleugnende Quecksilberwirkung. So werden insbesondere die schmerzhaften Erscheinungen der Eruptionsperiode durch Jod weit sicherer und rascher beeinflusst als durch Quecksilber.

II. Secundäres Stadium. Dass die verschiedenen Formen secundärer Haut- und Schleimhautsymptome direct durch das Virus erzeugte Herderkrankungen sind, ist ja zweifellos, schon ihre Virulenz allein beweist dies zur Genüge.

Aber auch die auf Intoxication mit den Stoffwechselproducten zurückzuführenden Allgemeinerscheinungen und Ernährungsstörungen sind in diesem Stadium unzweideutig nachzuweisen. So wiederholen sich viele der als Eruptionserscheinungen erwähnten Symptome, Fieber, ephemere Algien in Muskeln, Nerven, Knochen, Gelenken im Verlaufe der secundären Periode, sei es allein, sei es als Begleiterscheinungen von Recidiven. Als Zeichen allgemeiner Ernährungsstörungen ist leichte Ermüdbarkeit, geringere Resistenzfähigkeit gegen äussere Schädlichkeiten, anämisches Aussehen, bedeutender Verlust an Körpergewicht, der sich trotz guter Ernährung nicht ersetzt, fast an keinem secundär-syphilitischen Individuum zu vermissen. Desgleichen sind Ernährungsstörungen besonders der Haut und ihrer Adnexe fast ausnahmslos zu constatiren. Hierher gehört die Seborrhöe, circumscripte und diffuse, oft ausgebreitete und hartnäckige Alopecie, die Sprödigkeit der Nägel, Alles Erscheinungen, die auf örtliche Vermehrungsvorgänge des Virus nicht zurückzuführen sind.

Insbesondere auffällig ist die Wirkung der Stoffwechselproducte in jenen Fällen, in denen zwischen der relativen Leichtigkeit der localen Erscheinungen und der schweren Ernährungsstörung ein auffälliges Missverhältniss herrscht. Baudoin [1]) und

---

[1]) Baudoin, Contribution a l'étude des Syphilis graves précoces. — Thèse, Paris 1889.

Morel-Lavallée[1]) haben diese Formen eingehend studirt und bezeichnen als „Syphilis secondaire denutritive" jene Fälle, in denen neben relativ leichten secundär-syphilitischen Exanthemen schwere Allgemeinerscheinungen, Abmagerung, rapide Gewichtsverluste, Anämie, hektische Fieber auftreten. Man muss sich wohl vorstellen, dass in diesen Fällen entweder das Virus in Folge für dasselbe besonders günstiger Ernährungsverhältnisse zur Production intensiver giftiger Stoffwechselproducte angeregt wird, oder die betreffenden Individuen eine über den Durchschnitt gehende Intoleranz gegen die qualitativ nicht verschiedenen Stoffwechselproducte besitzen.

Zur intensivsten Entwickelung kommen die Allgemeinerscheinungen in jener Gruppe von Fällen die man als Syphilis maligna, precox, gravis bezeichnet.

In diesen Fällen kommt aber ebenso das Virus selbst, als dessen Stoffwechselproducte zur potenzirten Wirksamkeit. Nicht nur die Störung des Allgemeinzustandes, der Ernährung ist bedeutend, auch die örtlichen, durch das Virus bedingten Herde nehmen grosse Zahl und Bösartigkeit an. Ob man diese frühen ulcerösen Localherde schon als Gummen bezeichnen darf, ist fraglich. Ich stimme darin Neisser[2]) völlig bei, der den Charakter des Gumma in schleichender Entwickelung, trägem Verlaufe sucht, und die rapid zerfallenden ulcerösen Formen maligner Lues vom Gumma völlig getrennt wissen will. Jedenfalls ist in diesen Fällen die Intoleranz des Organismus gegen den Krankheitserreger und dessen Stoffwechselproducte gleich gross. Ob übrigens bei maligner Lues nicht auch die schwere Intoxication des Körpers durch die Stoffwechselproducte, den schweren Verlauf der localen Herde in ähnlicher Weise bedingt, wie etwa chronischer Alkoholismus, Diabetes zu Phagedänismus prädisponiren, muss dahingestellt bleiben. Wodurch, in unserem Sinne, manche seltene Organerkrankung der Secundärperiode bedingt wird, lässt sich vorderhand schwer entscheiden. Manches, wie vielleicht die Gelenkserkrankungen, wird sich möglicherweise als Folge einer Mischinfection, respec-

[1]) Morel-Lavallée, Des formes graves de la Syphilis. — Thèse 1889.

[2]) Neisser, Die chronischen Infectionskrankheiten der Haut. — Ziemssen, XIV, 1, 1883.

tive später erfolgte secundäre Infection herausstellen. Die parenchymatösen Nephritiden der Secundärperiode fasst Tommasoli[1]) direct als Wirkung der Stoffwechselproducte auf, analog den Nephritiden bei acuten Intoxicationen.

An das secundäre Stadium schliesst sich das lange Stadium der Latenz an, das für viele Fälle den Uebergang zur Heilung, für andere nur eine Grenze zwischen secundären und tertiären Symptomen bildet. Was in diesem Stadium mit dem Virus geschieht, wissen wir nicht. Dass es, ohne sich durch Symptome zu äussern, doch im Körper vorhanden sein kann, beweisen Fälle wie die von Landouzy[2]), Hardy[3]) jüngst mitgetheilten, sowie die Fälle von hereditärer Uebertragung in diesem Stadium. Wann also das Virus, selbst in Fällen, die in Heilung übergehen, den Organismus verlässt, darüber fehlt uns bisher jeder Anhaltspunkt. Wenn aber das Virus auch um diese Zeit völlig latent im Organismus zu schlummern vermag, einen ganz normalen Eindruck machen solche Organismen meist doch nicht. Es fällt uns oft, wenn auch nicht in allen Fällen, ein gewisses Zurückbleiben in der Ernährung auf. Die Patienten bleiben, selbst unter günstigsten äusseren Verhältnissen in ihrem Ernährungszustande, in ihrem Körpergewicht zurück, machen in ihrem Aussehen nicht den Eindruck völlig gesunder Menschen.

Sigmund pflegte es stets als ein prognostisch günstiges Zeichen anzusehen, wenn Patienten nach Ablauf des Secundärstadium in ihrer Ernährung rasch und bedeutend zunahmen, grosse Steigerung des Körpergewichtes darboten, während er das Gegentheil, ungenügende Ernährung, mangelnden Wiederersatz der im Verlauf des Secundärstadiums erlittenen Einbusse des Körpergewichtes als ungünstiges Prognostikon deutete.

Das hervorstechendste Zeichen jedoch dieser Latenzperiode ist.

III. Die Immunität gegen Neuinfectionen. Wie lange diese Immunität gegen Neuinfectionen dauert wissen wir nicht. Dass ihre Dauer, wenigstens in vielen Fällen, eine beschränkte ist, beweisen die in der Literatur verzeichneten zweifellosen Fälle

---

[1]) Tommasoli, Giorn. ital. delle mal. ven. 1887.

[2]) Landouzy, Congrès international de Paris 1889.

[3]) Hardy, Ibidem und Semaine méd. 1889, 18. September.

von Reinfection, auf die hier näher einzugehen, ich für überflüssig halte. Die Zahl derselben ist so gross, viele derselben sind in so streng kritischer Weise dargestellt, dass ein Leugnen der Möglichkeit von Reinfectionen heute wohl absurd erscheinen muss. Dass übrigens die Zahl der Reinfectionen, im Verhältniss zur grossen Zahl von Infectionen so gering ist, mag theilweise darin liegen, dass die erste Infection bei den meisten Individuen in die Jahre bald nach der Pubertät fällt, mit dem zunehmenden Alter der Individuen aber die Gefahr der Infection und damit auch der Reinfection wesentlich abnimmt. Sociale Verhältnisse (Ehe), physiologische und pathologische Impotenz etc. hier also mitwirken, Reinfectionen seltener zu machen, als sie möglich wären.

Wie ich bereits erwähnte, beginnt diese Immunität schon in der Primärperiode, dauert durch die ganze Secundärperiode fort und bildet das hervorstechendste Merkmal der dieser folgenden Latenz.

Es tritt hierbei die interessante Erscheinung auf, dass der syphilitisch erkrankte Organismus gegen Neuimpfungen mit Syphilisvirus immun ist, auf ihm frisch eingeimpftes Syphilisvirus nicht reagirt, während diese Immunität gegenüber dem ersteingeführten Virus, das eben die Infection bewirkte, nicht besteht, da ja dieses noch zahlreiche Recidiven zu erzeugen vermag.

Ich möchte mich nun vorweg gegen einen Schluss wenden, der aus dieser Thatsache der Immunität von Reder[1]) und noch jüngst von M. v. Zeissl[2]) und Mraček[3]) gezogen wird, den Schluss, der negative Erfolg der Syphilisimpfungen an solchen Individuen beweise, dass dieselben noch syphilitisch sind: „denn hätten sie keine Lues mehr, so müssten die Impfungen mit Syphilisvirus haften“ (M. v. Zeissl). Dieser Schluss ist absolut unzulässig. Der negative Erfolg der Syphilisimpfung beweist nicht mehr und nicht weniger, als dass diese Individuen immun sind, nie aber, dass sie noch syphilitisch sind. Variola-, Typhus-, Scharlachkranke bleiben ja auch nach einmal durch-

[1]) Reder, Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten. — Wien 1868.

[2]) M. v. Zeissl, Sind die tertiären Producte der Syphilis infectiös. — Internat. klin. Rundschau 1887.

[3]) Mraček, Ibidem, S. 27.

gemachter Erkrankung jahrelang gegen Reinfection immun. Wird man aus dieser Thatsache schliessen, dass sie jahre-, ja lebenslang variola-, typhus-, scharlachkrank sind? Der negative Impferfolg beweist also nur die Immunität, nicht aber die noch bestehende Erkrankung; wohl aber wird der positive Erfolg der Reinfection uns lehren, dass die Individuen vor derselben schon so weit von ihrer Syphilis genesen sein mussten, dass die Immunität, die äusserste und letzte Consequenz der ersten Infection bereits völlig abgeklungen ist. Der Satz „Nulla immunitas contra syphilidem, nisi syphilis ipsa“ ist nicht aufrecht zu erhalten, umsomehr als wir ja die unzweifelhafte Möglichkeit kennen, Immunität gegen Syphilis zu acquiriren, ohne je Syphilis durchgemacht zu haben.

Ich habe, als ich bei Besprechung des Primärstadiums die Immunität erwähnte, der Meinung Raum gegeben, dass dieselbe durch die Stoffwechselproducte des Syphilisvirus erzeugt sei. Schon das Vorhandensein der Immunität vor Ausbruch der Allgemeinerkrankung — also eben in der Primärperiode — zur Zeit wo das Virus nicht im Organismus allgemein verbreitet, sondern nur auf gewisse locale Herde beschränkt scheint, während wohl die Stoffwechselproducte schon im Organismus circuliren, spräche dafür. Abgesehen von der Analogie mit den übrigen Infectionskrankheiten spricht aber noch ein Umstand wesentlich dafür, die unleugbare Thatsache, dass, unter gewissen Verhältnissen, Immunität gegen Syphilis von Individuen acquirirt werden kann, die nie selbst an Syphilis erkrankten.

Diese Thatsache lehrt uns das Studium der hereditären Syphilis, die so interessanten Wechselbeziehungen derselben zwischen Mutter und Fötus.

Kassowitz[1]), gewiss Derjenige, der diese Wechselbeziehungen am schärfsten präcisirte, ging von der Ansicht aus, die placentare Scheidewand bilde eine unüberschreitbare Grenze für das Virus animatum der Syphilis, wie für alle corpusculären Elemente. Ein Uebergang des Syphilisvirus von der postconceptionell erkrankten Mutter auf den gesunden Fötus, ein Uebergang des Virus von

---

[1]) Kassowitz, Die Vererbung der Syphilis. — Wien 1876.

dem vom Vater her syphilitischen Fötus auf die gesunde Mutter erschien ihm aus diesem Grunde unmöglich.

Für den ersteren Fall, die sogenannte postconceptionelle humorale Infection ist das Unrichtige dieser Ansicht durch eine Reihe von Beobachtungen M. v. Zeissl's [1]), Vajda's [2]), Behrend's [3]) etc. erwiesen.

Aber auch für andere Infectionskrankheiten steht heute die Möglichkeit des Ueberganges des Virus, also corpusculärer Elemente von der Mutter auf den Fötus fest.

So hat Neuhaus [4]) bei einer an Typhus erkrankten Graviden, die mit einem 4 Monate alten Fötus abortirte, Typhusbacillen im Blut und den Geweben des Fötus nachgewiesen. Das Gleiche beobachteten Chantemesse und Vidal [5]), die auch in 2 von 4 Versuchen der Impfung trächtiger Meerschweinchen mit Typhusbacillen, diese in der Amniosflüssigkeit und den fötalen Organen nachwiesen. Tizzoni und Cattani [6]) erhielten aus dem Blute eines 5monatlichen Fötus einer Frau die am dritten Tage einer Choleraerkrankung abortirte, Culturen von Cholerabacillen. Malvoz [7]) impfte 4 trächtige Kaninchen mit Milzbrand. Von den 32 Fötusen derselben enthielten 2 durch Impfung und Züchtung nachweisbare Milzbrandbacillen. In den betreffenden Placenten Hämorrhagien nachweisbar. Perroncito und Carità [8]) konnten durch Impfung

---

[1]) M. v. Zeissl, Beiträge zur Lehre von der hereditären Syphilis. — Allg. Wiener med. Ztg. 1879.

[2]) v. Vajda, Kann die während der Gravidität acquirirte Syphilis der Mutter auf das Kind übergehen? — Wiener med. Presse 1880.

[3]) Behrend, Zur Lehre von der Vererbung der Syphilis. — Berliner klin. Wochenschr. 1881.

[4]) Neuhaus, Weitere Untersuchungen über den Bacillus des Abdominaltyphus. — Berliner klin. Wochenschr. 1886.

[5]) Chantemesse et Vidal, Bacille typhique. — Arch. de physiol. 1887.

[6]) Tizzoni und Cattani, Ueber die Uebertragbarkeit der Cholera-Infection von der Mutter auf das Kind. — Centralbl. f. med. Wissensch. 1887.

[7]) Malvoz, Sur le mécanisme du passage des bactéries de la mère au foetus. — Brüssel 1887.

[8]) Perroncito und Carità, Ueber die Fortpflanzung der Tollwuth von der Mutter auf das Kind. — Centralbl. f. Bacteriol. I. 1887.

mit dem Marke des Fötus eines an Wuth erkrankten Kaninchen bei 3 Kaninchen, 1 Meerschweinchen Wuth erzeugen. Marchand [1]) wies im Fötus einer nachweisbar post conceptionem an Milzbrand erkrankten Mutter Milzbrandbacillen nach. Eberth [2]) konnte bei einer im fünften Monate graviden Frau, die an Abdominaltyphus erkrankte und abortirte, im Fötus (Blut, Lunge, Milz) mikroskopisch und culturell Typhusbacillen nachweisen. Rosenthal [3]) impfte 5 trächtige Meerschweinchen mit Milzbrand. In 3 der 9 Fötuse derselben waren mikroskopisch und culturell, sowie durch Thierimpfung, Milzbrandbacillen nachweisbar. Tizzoni und Cattani [4]) konnten im Blut und Darminhalt eines 5monatlichen Fötus einer cholerakranken Frau Cholerabacillen constatiren. Latis [5]) hat in 8 von 15 Fötusen mit Milzbrand geimpfter trächtiger Meerschweinchen Milzbrandbacillen nachzuweisen vermocht. Netter [6]) constatirte den Uebergang von Pneumoniecoccen von der Mutter auf einen 7—8monatlichen Fötus. Fränkel und Kiderlen [7]) hatten bei dem Fötus einer an Typhus und eiteriger Salpingitis verstorbenen Mutter Eitercoccen aber keine Typhusbacillen nachgewiesen. Die Placenta erschien von Hämorrhagien durchsetzt. Sie fanden weiters Typhusbacillen in den Fötusen zweier mit Typhusculturen geimpfter Meerschweinchen. Auch hier Hämorrhagien in der Placenta. Sie kommen daher zum Schlusse: nur die kranke Placenta lasse Bacterien

---

[1]) Marchand, Ueber einen merkwürdigen Fall von Milzbrand. — Virchow's Arch. 104, 1887.

[2]) Eberth, Geht der Typhusbacillus auf den Fötus über? — Fortschr. d. Med. 1889.

[3]) Rosenthal, Beiträge zur Pathologie des Milzbrandes. — Virchow's Arch. 115, 1889.

[4]) Tizzoni und Cattani, Recherches sur le Cholera. — Beiträge z. pathol. Anat. 1888, III.

[5]) Latis, Sulla trasmissione del carbonchio della madre al foeto. — Riforma med. 1889, 14.

[6]) Netter, De la transmission de la pneumonie de la mère au foetus. — Semaine méd. 1889, 11.

[7]) Fränkel und Kiderlen, Zur Lehre vom Uebergang pathologischer Mikroorganismen von der Mutter auf den Fötus. — Fortschr. d. Med. 1889.

durch. Endlich hat Hildebrandt[1]) im 7monatlichen Fötus einer typhuskranken Mutter Typhusbacillen nachgewiesen.

Aber abgesehen von der heute nicht mehr zu leugnenden Möglichkeit des Ueberganges corpusculärer Elemente, also auch eines Virus animatum durch die Placentarscheidewand von Mutter zu Fötus und umgekehrt, ist Kassowitz (l. c.) auch in anderer Beziehung zu engherzig vorgegangen. Er basirte seine ganzen Untersuchungen auf die Annahme eines Virus animatum, auf die Stoffwechselproducte dieses Virus vergass er. Wir werden seiner verdienstvollen Arbeit dieses Vergessen nicht vorwerfen, standen doch damals noch viele Fragen nicht so klar vor uns, als heute.

Denn wenn Kassowitz, wie die Folge lehrte, Unrecht hatte, den Uebergang des Virus per placentam völlig auszuschliessen, so scheint doch dieser Vorgang ein seltener, ausnahmsweiser zu sein.

Eines aber werden wir in allen Fällen zugeben müssen, die Möglichkeit, ja Nothwendigkeit, dass die gelösten Stoffwechselproducte des syphilitischen Virus aus dem Blute des erkrankten Theiles (Mutter oder Kind) durch Diffusion in der Placenta, auch in das Blut des anderen, gesunden Theiles übergehen und damit auf dessen Organismus einen Einfluss ausüben werden.

Interessant und in dieser Frage beweisend ist nun die Thatsache, dass unter diesen Verhältnissen, wo der Austausch von Stoffwechselproducten des Syphilisvirus auf dem Wege der Diffusion vom erkrankten zum gesunden Organismus zweifellos stattfindet, auch wenn der Uebergang des Virus selbst, mangels aller Syphilissymptome mit Sicherheit auszuschliessen ist, sich doch eine völlige Immunität des gesunden Theiles gegen die Syphilis entwickelt.

Wir haben hier bekanntlich zwei Fälle zu unterscheiden:

a) Die Immunität jener gesunden Mütter, die von ihren latent-syphilitischen Männern her syphilitische Kinder im Uterus beherbergen und gebären, aber selbst der Infection entgehen. Das Paradigma dieser Fälle ist folgendes: Ein mit latenter secundärer Syphilis behafteter Mann

---

[1]) Hildebrandt, Zur Casuistik des placentaren Ueberganges des Typhus. — Fortschr. d. Med. 1889.

heiratet eine gesunde Frau und schwängert sie. Die Frau bleibt während Ehe und Gravidität völlig wohl, gebärt aber ein syphilitisches Kind. Dieses Kind, mit syphilitischen nässenden, also hochgradig infectiösen Exanthemen an Haut und Schleimhäuten bedeckt, inficirt seine Amme, seine Pflegerin, Grossmutter (Mutter der Mutter) wie ein instructiver Fall Neumann's [1]) beweist, die völlig gesunde Mutter aber kann das Kind warten, küssen und nähren, ohne von demselben inficirt zu werden. Von Colles [2]) und Baumès [3]) aufgestellt, als Colles'sches Gesetz bekannt, ist dasselbe heute durch tausendfältige Erfahrung erwiesen und wohl allgemein acceptirt. Caspary [4]), Neumann [5]) und ich [6]) haben, erstere Beiden durch je eine, ich durch drei Impfungen solcher Mütter mit negativem Erfolge auch experimentell die Immunität dieser Mütter erwiesen.

Wohl sind von Brizio Cocchi [7]), Ranke [8]), Guibout [9]), Scarenzio [10]), Lueth [11]) Ausnahmsfälle nicht eingetretener Immunität publicirt, doch die Zahl dieser Fälle ist so gering, dieselben zum Theile auch nicht im Stande strenger Kritik Stand zu halten, dass wir das Colles'sche Gesetz als vollwerthig betrachten dürfen. Auch ist es ja heute allgemein anerkannt.

Dasjenige was Gegenstand der Controverse bildet, ist die Erklärung. Die älteren Autoren, Diday, Engelstedt [12]), ja selbst noch Wolff [13]), erklären diese Mütter direct für latent-syphilitisch.

---

[1]) Neumann, Zur Lehre von der Uebertragbarkeit der hereditären Syphilis. — Wiener med. Blätter 1883.

[2]) Colles, Praktische Beobachtung über die venerischen Krankheiten. — Uebers. von Simon. Hamburg 1839.

[3]) Baumès, Précis sur les mal. ven. — Paris 1840.

[4]) Caspary, Ueber gesunde Mütter hereditär-syphilitischer Kinder. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1875.

[5]) Neumann, l. c.

[6]) Finger, Ueber Immunität gegen Syphilis. — Allg. Wiener Med. Ztg. 1885, 50.

[7]) Brizio Cocchi, Gazzetta lombarda 1858, 10.

[8]) Ranke, Tagbl. d. 51. Vers. deutscher Naturforscher und Aerzte. — Kassel 1878.

[9]) [10]) [11]) cit. Bäumler, Syphilis. — Ziemssen's Handb. Leipzig 1886.

[12]) Engelstedt, Ueber Vererbung der Syphilis. — Ugeskr. of. Laegev. 1876.

[13]) Wolff, Zur Frage der paternen Infection. — Strassburg 1879.

Mit Recht wendet sich Behrend[1]) gegen diese Erklärung mit dem Einwande es könnte sich Jeder eine solche Syphilis, die während des ganzen Lebens symptomenlos verläuft, also nur stets latent bleibt, gefallen lassen. Neuere Autoren, so Barduzzi[2]), Riocreux[3]) sprechen auch schon nicht mehr von latenter Syphilis, sondern von einer Immunität durch Vaccination. Auch ich kann mich gegen die Confundirung von „latenter Syphilis" und „Immunität" nur energisch verwahren, beides sind, wie uns gerade das Studium der Infectionskrankheiten lehrt, völlig disparate Begriffe. Aus dem Umstande, dass solche Mütter, trotzdem sie neun Monate lang Kinder mit virulenter Lues in utero beherbergten, nicht an Syphilissymptomen erkrankten, kann ich nur schliessen, dass eben kein Syphilisvirus seinen Weg vom Fötus aus durch die Placenta zur Mutter fand. Bei der Thatsache aber, dass das Virus bei seiner Vermehrung im fötalen Organismus auch Stoffwechselproducte produciren musste, die im fötalen Organismus circuliren, bei dem reichen Stoffaustausch zwischen Mutter und Kind aber auch continuirlich in den mütterlichen Organismus per placentam diffundiren müssen, bei dem Umstande endlich, als wir die immunisirende Wirkung dieser Stoffwechselproducte bereits für eine ganze Reihe von Infectionskrankheiten kennen, stehe ich nicht an, die Hypothese als gut gestützt zu betrachten, die Immunität der gesunden Mütter vom Vater her syphilitischer Kinder sei das Product der per placentam erfolgten Diffusion von immunisirenden Stoffwechselproducten des syphilitischen Virus vom Fötus zur Mutter. Dass übrigens diese Stoffwechselproducte ausser der Immunität auch krankhafte Erscheinungen, Ernährungsstörungen etc. bei diesen Müttern erzeugen können, werden wir bei Besprechung der tertiären Syphilis noch betonen.

Diese Art der Immunität scheint aber auch bei anderen Infectionskrankheiten ein directes Analogon zu besitzen. Wenigstens

---

[1]) Behrend, Zur Lehre v. d. Vererbung. d. Syphilis. — Berliner klin. Wochenschr. 1881.

[2]) Barduzzi, Sulla sifilide ereditaria. — Giorn. ital. delle mal. ven. 1887.

[3]) Riocreux, Syphilis, Hérédité paternelle. — Thèse, Paris 1888.

gibt Lingard[1]) an, er hätte Fötuse trächtiger Kaninchen, ohne Verletzung oder Infection der Mutter (wie, wird leider nicht gesagt) mit Milzbrandvirus inficirt. Meist trat nach etwa 10 Tagen Abortus ein. Die Fötuse todt, in ihren Organen zahlreiche Milzbrandbacillen, als Zeichen ausgiebiger Vermehrung des Virus. Die Mutterthiere blieben gesund, erschienen nun aber gegen die Impfungen des virulentesten Milzbrandes immun.

b) Die Immunität der gesunden Kinder syphilitischer Eltern. Das sogenannte Gesetz von Profeta.

Behrend[2]) war meines Wissens der Erste, der es in unzweideutigen Worten aussprach, dass die Kinder syphilitischer Mütter, selbst wenn sie gesund geboren werden und gesund bleiben, von den etwa noch vorhandenen contagiösen Formen der Eltern nicht inficirt werden. Knoblauch[3]) nahm denselben Standpunkt ein. Diday[4]) verallgemeinerte den Satz dahin, dass er sagt: „Si donc, au moment, ou vous-avez procréé un fils, vous vous-trouvez bien guéri, à la période où l'immunité syphilitique est acquise, votre fils participera à la même immunité. C'est un héritage comme un autre, me disait à ce sujet Ricord.“ Von Profeta 1876 als Gesetz aufgestellt, ist diese Art der Immunität heute allgemein anerkannt.

Ich nenne nur Fournier, der diese Form als „le loi du Profeta“ bezeichnet, Mauriac, Bäumler, Hutchinson, Kassowitz. — Fergussow[5]), Lee[6]), später Neisser[7]), Lesser[8]), führen den milderen Verlauf der Lues auf die sich in Generationen vererbende Immunität zurück. Ich[9]) selbst habe einen interessanten Fall dieser Immunität mitgetheilt. Dass es auch hier Ausnahmen

---

[1]) Lingard, Ein Beitrag zur Kenntniss der Schutzimpfung gegen Anthrax. — Fortschr. d. Med. 1889.

[2]) Behrend, Syphilidologie. — Neue Reihe II. 1860, S. 261.

[3]) Knoblauch, Der heutige Stand der Entstehung der heredit. Syphilis. Syphilidologie. — Neue Reihe III. 1862.

[4]) Diday, Histoire naturelle de la Syphilis. — Paris 1863.

[5]) [6]) Lee, Holme's System of surgery I.

[7]) Neisser, Chronische Infectionskrankheiten. — Ziemssen XIV. 1.

[8]) Lesser, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. — Leipzig 1888.

[9]) Finger, Die Diagnose d. syphil. Initialaffectes. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1885.

gibt, beweisen Fälle von Arning[1]), Boeck[2]), Riocreux[3]), doch auch das sind Ausnahmen, die nur die Regel beweisen.

In merkwürdiger Inconsequenz gegenüber der Annahme, die Mütter vom Vater her hereditär-syphilitischer Kinder seien, weil immun, latent syphilitisch, ist es bisher keinem Autor eingefallen, die so erworbene Immunität der Kinder auch als latente Syphilis zu deuten, sie wird vielmehr allseitig als ererbte Immunität gedeutet.

Dass nicht alle Kinder diese Immunität besitzen, erwähnte ich eben. Es wäre denkbar und weiterer Forschung werth, ob nicht etwa nur jene Kinder diese Immunität besitzen, deren Mütter syphilitisch, oder durch vorausgegangene Geburt syphilitischer Kinder gegen Syphilis immun waren.

Nachdem diese Kinder gesund geboren auch gesund bleiben, keine Zeichen von Syphilis darbieten, ist die Annahme, dass es sich hier um keine Uebertragung des Syphilisvirus handelte, voll berechtigt.

Wohl aber werden wir auch hier zur Hypothese gelangen, dass die Stoffwechselproducte des Virus, entweder mit Sperma und Ei oder auf dem Wege placentaren Stoffaustausches übertragen, diese Immunität bedingen.

Es hat übrigens auch diese specielle Form der Uebertragung der Immunität ihr Analogon bei anderen Infectionskrankheiten. So berichtet Chauveau[4]), die Jungen von Schafen, die während der Gravidität inficirt wurden, blieben von Erkrankung verschont, seien aber für Milzbrandimpfung immun.

Ueberblicken wir nun alles über die Immunität bei Syphilis Gesagte, so können wir die Immunität auf das Virus der Syphilis selbst deshalb nicht zurückführen, weil

1. dieselbe schon in der Primärperiode, zur Zeit rein localisirter Vermehrung des Krankheitserregers vorhanden ist;

2. dieselbe das Stadium der Actionsfähigkeit, ja auch

---

[1]) Arning, Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1883.

[2]) Boeck, Erfahrungen über Syphilis. — Erlangen 1875.

[3]) Riocreux, Hérédité paternelle. — Thèse, Paris 1888.

[4]) Chauveau, Sur le mécanisme de l'immunité. — Annal. de l'Inst. Pasteur II. 1888. 2.

der Gegenwart des Krankheitserregers im Körper zeitlich überdauert;

3. die Immunität unabhängig von dem Krankheitserreger übertragen werden kann.

Nachdem aber in allen diesen Fällen der Körper unter der nachweisbaren Wirkung der Stoffwechselproducte des Syphilisvirus steht, können wir nach Analogie mit anderen Infectionskrankheiten zu dem hypothetischen Schluss kommen, dass auch bei Syphilis die Immunität auf die Stoffwechselproducte zurückzuführen sei.

Wie diese Immunität zu erklären, das ist eine noch für alle Infectionskrankheiten offene Frage. Erschöpfungs- und Retentionstheorie, Metschnikoff's Lehre genügen nicht.

Mir persönlich würde eine chemische Theorie, nach Art von Liebig's Contacttheorie am meisten zusagen. Ein von Liebig gewähltes Beispiel mag dies erklären. Wenn man Oxalsäure mit Oxamid zusammenbringt, so zerlegt die Säure das Oxamid zu Oxalsäure und Ammoniak. Führt man neuen Oxamid zu, so wiederholt sich der Process von Neuem. Es vermag also eine kleine Menge Oxalsäure unbegrenzt viel Oxamid zu zersetzen und Oxalsäure zu bilden.

Uebernehmen, bei dem Processe der Immunität, die doch quantitativ begrenzten Stoffwechselproducte des Virus die Rolle der Oxalsäure, der sich stets regenerirende Organismus die Rolle des Oxamids, so wäre dadurch ein Schlüssel gegeben für die Vorstellung der sich so lange fortspinnenden, selbst hereditär übertragbaren Immunität, für die Vorstellung von den sich stets wieder bildenden, also stets activen Stoffwechselproducten, die ihre Wirkung auch nach Ausscheidung des sie erzeugenden Virus fortzuspinnen vermöchten.

IV. Tertiäres Stadium. Dass die tertiären Erscheinungen nicht in demselben ätiologischen Verhältnisse zum Syphilisvirus stehen, wie etwa die primären und secundären Erscheinungen, ist eine Ansicht, der wir, seit überhaupt eine Syphilisliteratur besteht, allenthalben begegnen.

Während primäre und secundäre Erscheinungen als die natürlichen Consequenzen der Syphilisinfection hingestellt werden, begegnen wir in der gesammten Literatur, bei fast allen und den

hervorragendsten Klinikern und Schriftstellern, der Tendenz, das Auftreten der tertiären Erscheinungen als eine Abnormität, einen anormalen Verlauf hinzustellen, welcher anormale Verlauf nicht durch die Syphilisinfection allein, nicht durch das Virus allein, sondern durch andere, äussere, mehr accidentelle Ursachen bedingt werde. Als älteste und als natürlichste, naheliegende dieser accidentellen Ursachen finden wir die Therapie, den Mercur genannt.

Schon Fallopia[1]) betont, Caries der Knochen, Exostosen, Gummata fänden sich nicht bei allen Syphilitikern, sondern „tantum in illis, in quibus inunctio facta est cum Mercurio“. Die gleiche Ansicht vertreten Fernelius[2]), Palmarius[3]), Ritter[4]), die alle tertiären Affecte als Folge des Mercurs bezeichnet, weiter Hennen[5]), Fricke[6]), Wilhelm[7]) und Thompson[8]).

Handschuh[9]) bezeichnet die tertiären Erscheinungen als den Ausfluss einer Syphilis anomala, wenn der Verlauf der Lustseuche durch individuelle und äussere Einflüsse, besonders Quecksilbercuren, alienirt wurde. An einer anderen Stelle erklärt er die tertiären Erscheinungen direct als den Ausfluss einer „Cachexia syphilitio-mercurialis“. Bonorden[10]) meint, nachdem man in den letzten Decennien den Verlauf der Syphilis stets nur unter dem verderblichen Einfluss des Quecksilbers beobachtet habe, habe man auf den normalen Verlauf der Syphilis vergessen und die Erscheinungen allgemeiner Lues in zwei Reihen getheilt, deren eine die Exantheme, die zweite die Erkrankungen der fibrösen Häute, Gelenke, Knochen etc. umfasse. Beobachtung und Behandlung ohne

---

[1]) Fallopia, De morbo gallico. — Aphrodisiacus. S. 826.

[2]) Fernelius, De luis venereae Curatione. — Anvers 1579.

[3]) Palmarius, citirt b. Desruelles. Traite prat. des mal. ven.

[4]) Ritter, Demonstratio, quod atrocis luis ven. symptomata non sint effectus morbi, sed curae mercurialis instit. — Erfurt 1747.

[5]) Hennen, On the cure of syphilis without Mercury. — Edinburg Med. and Surg. Journ. 1818.

[6]) Fricke, Ueber die Behandlung ohne Quecksilber etc. — Hamburg 1829.

[7]) Wilhelm, Chirurgische Klinik. — München 1830.

[8]) Thompson, On the treatm. of syph. without Mercury. — Edinburg Med. and. Surg. Journ. 1818.

[9]) Handschuh, Die syphilitischen Krankheitsformen. — München 1831.

[10]) Bonorden, Die Syphilis. — Berlin 1834.

Quecksilber lehre uns aber, dass die zweite Reihe stets das gemeinschaftliche Product von Syphilis und Quecksilber sei, also zu einem anormalen Verlauf der Syphilis gehöre.

In gleicher Weise, wie durch Quecksilber, werde aber der Verlauf der Syphilis auch anormal durch äussere Schädlichkeiten, Kachexien, Scrophulose etc. Cullerier und Ratier[1]) bezweifeln die syphilitische Natur aller tertiären Producte, der Exostosen, Gummen etc. Desruelles[2]) schliesst sich dem an. Nach Ricord[3]) sind die tertiären Erscheinungen durch ein wesentlich modificirtes Virus erzeugt. Die „cause virulente", die den secundären Erscheinungen eigen ist, fehlt den tertiären oder ist in denselben wesentlich transformirt. Acton[4]) stimmt dieser Ansicht bei. Dieterich[5]) erklärt, die tertiären Erscheinungen seien die Folge eines „verkümmerten Krankheitsprocesses", einer Kachexie. Ingarden[6]) betrachtet die tertiäre Syphilis als das Resultat einer lange bestehenden, viel behandelten, abnorm verlaufenden Seuche. Ricord[7]) meint, die tertiäre Syphilis könne noch unter dem Einfluss der specifischen Ursache stehen, aber auch als örtliche Krankheit fortdauern, wenn diese Ursache schon ganz zerstört ist. Hölder[8]) ist der Ansicht, die Syphilis habe im tertiären Stadium ihren Charakter als Syphilis bereits ganz verloren. Diday[9]) erklärt, man dürfe die tertiäre Syphilis nicht als eine Periode der Krankheit ansehen. Sie sei ein specieller pathologischer Zustand. Die secundäre Syphilis vermögen wir bei jedem gesunden Individuum, durch Impfung mit Syphilisvirus, zu erzeugen, die tertiäre nicht. Die secundäre Syphilis ist völlig heilbar, die tertiäre, trotz aller Heilbestrebungen, oft nicht. Die Erscheinungen der secundären Lues, sind die Erscheinungen einer Infectionskrankheit, die der tertiären Syphilis Product einer Kachexie. Die tertiäre Syphilis ist die zur

---

[1]) Cullerier et Ratier, Dictionn. de méd. et de chir. prat.

[2]) Desruelles, Traité prat. des mal. ven. — Paris 1836.

[3]) Ricord, Traité prat. des mal. ven. — Paris 1838.

[4]) Acton, A complet pract. treat. on ven. dis. — London 1841.

[5]) Dieterich, Die Krankheitsfamilie Syphilis. — Landshut 1842.

[6]) Ingarden, Syphilidologie. — Wien 1845.

[7]) Ricord, Bemerkungen zur Uebers. v. Hunter.

[8]) Hölder, Lehrb. der ven. Krankheiten. — Stuttgart 1851.

[9]) Diday, Histoire naturelle de la Syphilis. — Paris 1863.

Diathese gewordene Infectionskrankheit. Langlebert[1]) ist der Ueberzeugung, dass bei Entstehung der tertiären Erscheinungen neben der Infection auch andere Momente: Therapie, Hygiene, Constitution mitspielen. Bärensprung[2]) betont, die tertiären Erscheinungen gehörten dem Syphilisprocess nicht nothwendig an, sie haben keinen regelmässigen Verlauf, keine gesetzliche Folge; sie seien das Product einer (durch Mercur) modificirten Syphilis.

Reder[3]) betrachtet das secundäre Stadium als das Stadium der typischen Erkrankung, vergleichbar den acuten Exanthemen, die tertiären Erscheinungen dagegen haben keinen typischen Charakter, sie verhalten sich wie eine metastasirende bösartige Neubildung, „sie haben nicht mehr nothwendig eine Allgemeinerkrankung in ihrem Gefolge, wenigstens nicht eine der Syphilis eigenthümliche". Köbner[4]) ist der Ansicht, manche inveterirte sogenannte tertiäre Affectionen seien nur mehr als locale Processe, oder als Ueberbleibsel einer bereits abgelaufenen Syphilis, nicht aber als Zeichen einer noch im ganzen Körper verbreiteten aufzufassen. Lancereaux[5]) meint, die tertiäre Syphilis sei aller Symptome virulenter Erkrankung beraubt, als constitutionelle Erkrankung aufzufassen. Gascoyen[6]) betrachtet die Syphilis tertiaria nicht als Syphilis, sondern als Nachkrankheit derselben, eine Ansicht, die Auspitz[7]) als eine höchst berücksichtigenswerthe bezeichnet. Kassowitz[8]) betrachtet die tertiäre Syphilis nicht mehr als eine Wirkung des syphilitischen Giftes, sondern als eine eigenthümliche Reaction des Organismus. Die tertiären Veränderungen können schon vorhanden sein, so lange noch syphilitisches Virus im Organismus circulirt, sie können aber nach der Elimination

---

[1]) Langlebert, Traité des mal. ven. — Paris 1864.

[2]) Bärensprung, Die hereditäre Syphilis. — Berlin 1864.

[3]) Reder, Pathol. u. Therap. d. ven. Krankheiten. — Wien, 2. Aufl. 1868.

[4]) Köbner, Ueber Reinfection mit constit. Syphilis. — Berliner klin. Wochenschr. 1872.

[5]) Lancereaux, Traité histor. et prat. de la Syphilis. — Paris 1873.

[6]) Gascoyen, Lancet 1874. II. Nr. 22.

[7]) Auspitz, Bemerk. zum Referate über Gascoyen. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1875.

[8]) Kassowitz, Die Vererbung der Syphilis. — Wien 1876.

desselben fortbestehen. Otis[1]) betrachtet gleichfalls das tertiäre Stadium nicht als Syphilis, sondern als eine Nachkrankheit derselben. Neisser[2]) nimmt eine Modification, eine Umstimmung der Reaction der Gewebe im tertiären Stadium an, als deren Resultat er die tertiär-syphilitischen Veränderungen ansieht, bei deren Zustandekommen ihm aber noch eine directe Action des Virus wahrscheinlich erscheint. Mauriac[3]) betrachtet die tertiären Erscheinungen als das Resultat einer schweren Ernährungsstörung. Das syphilitische Virus werde in einem gegebenen Augenblicke ausgeschieden. Gleichzeitig damit aber gehe im Verlauf der Erkrankung eine Umwandlung vor sich. Die Erscheinungen werden umschrieben, tief, allgemein verbreitet und constitutionell und die Erkrankung gehe in eine Diathese über. Lang[4]) betrachtet die tertiären Erscheinungen als Resultate der Einwirkung eines im Gewebe liegen gebliebenen, sehr veränderten Contagiums. Diday[5]) sieht die tertiäre Syphilis als eine Diathese an. Jullien[6]) betrachtet die tertiären Erscheinungen als nicht zum Krankheitsbilde gehörige, nicht durch das Virus direct bedingte Erkrankungen. Desgleichen definirt Bäumler[7]) das tertiäre Stadium als Stadium der Nachkrankheit, als Folge einer specifischen Veränderung der Gewebe. Hutchinson[8]) ist der Ansicht, dass die tertiären Erscheinungen erst beginnen, wenn das specifisch mikrobische Virus im Körper abgestorben ist. Dieselben seien einfach chronische Entzündungsvorgänge der durch den Einfluss des syphilitischen Giftes lädirten Gewebe, nur reine Localerkrankungen. Otis[9]) fasst die tertiären Erscheinungen als „sequels of Syphilis“ auf. Desgleichen sieht Campana[10]) die tertiären Erscheinungen

---

1) Otis, Clinical lectures on Syphilis. — New-York 1881.

2) Neisser, Die chronischen Infectionskrankheiten der Haut. — Ziemssen. XIV. 1.

3) Mauriac, Maladies veneriennes. — Paris 1883.

4) Lang, Vorles. über Path. u. Ther. d. Syphilis. — Wiesbaden 1884—1886.

5) Diday, La pratique des mal. ven. — Paris 1886.

6) Jullien, Traité prat. des mal. ven. — Paris 1886. 2 Aufl.

7) Bäumler, Syphilis in Ziemssen's Handb. 2. Aufl. — Leipzig 1886.

8) Hutchinson, Syphilis. — London 1887.

9) Otis, Practic. clinic. lectures on Syphilis. — New-York 1888.

10) Campana, Dei morbi sifilitici e venerei. — Genova 1889.

als reine Localerkrankung an. Endlich habe auch ich[1]) der Ansicht, dass die tertiären Erscheinungen nicht mehr als Product des Virus, sondern als Diathese, als specifische Nachkrankheit anzusehen sind, mehrfach Ausdruck gegeben.

Wir sehen aus dem eben Gesagten, dass die grosse Mehrzahl der Syphilidologen, auf Grund klinischer Erfahrung, das tertiäre Stadium nicht als directe Folge der Einwirkung des Syphilisvirus ansieht, sondern als eine consecutive, specifische Nachkrankheit, Diathese, annimmt, dass in diesem Stadium das Virus bereits völlig eliminirt und abgestorben ist, und dass selbst Autoren, die, wie Neisser, noch geneigt sind bei Zustandekommen der Gummen die directe Wirkung des Virus zu supponiren, doch das Hauptgewicht auf eine Veränderung der Reaction des Organismus, eine Umstimmung der Gewebe in Folge des vorausgegangenen Syphilisprocesses legen.

Betrachten wir nun jene Gründe, die für diese Ansicht sprechen, so haben wir anzuführen:

a) Die relative Seltenheit tertiärer Erscheinungen.

Während die secundären Erscheinungen zu den unbedingten Consequenzen syphilitischer Infection gehören, durch keine Art der Behandlung, kein Mittel an ihrem Ausbruch verhindert, höchstens gemildert oder verschleppt werden können, also die secundären Erscheinungen im Krankheitsbilde der Syphilis zur Regel gehören, bilden die tertiären Erscheinungen in diesem Krankheitsbilde eine directe Ausnahme. Wie gross ihre Frequenz ist, lässt sich nicht leicht bestimmen. Wenn Profeta[2]) ihre Häufigkeit mit 5%, Diday[3]) mit 10—12%, Rollet[3]) mit 5%, Haslund[3]) mit 9—10% und Mauriac[3]) mit 10—15% annimmt, so rechnen diese Autoren wohl mit behandelten Fällen. Für den spontanen Ablauf nicht behandelter Lues nahm Sigmund[4]) 30—40% an. Aber schon die Thatsache, die wir als feststehend ansehen wollen, dass die Behandlung das Auftreten tertiärer Erscheinungen zu

[1]) Finger, Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. — Wien 1888. 2. Aufl.

[2]) Profeta, Malattie veneree. — Palermo 1888.

[3]) Mauriac, Congrès internat. de Dermatol. — Paris 1889.

[4]) Sigmund, Vorlesungen über neuere Behandlungsweise der Syphilis. — 1882.

verhindern vermag, zeigt, dass dieselben, im Verhältniss zu den unvermeidlichen secundären Erscheinungen nicht unbedingt zum Krankheitsbilde gehören.

b) Das späte Auftreten der tertiären Erscheinungen nach der Infection.

Wenn auch die Thatsache, dass tertiäre Erscheinungen sich in manchen Fällen recht frühzeitig einstellen können, feststeht, so gehört doch eine mehrjährige Latenzperiode zwischen dem Ablauf der letzten secundären und dem Auftreten der ersten tertiären Erscheinungen zur Regel. Als Durchschnitt für die Dauer dieser Latenzperiode wird häufig ein Zeitraum von 6—7 Jahren angegeben. Aber auch lange, ja sehr lange Latenzperioden werden beobachtet. So beobachtete Hutchinson[1]) einen Zeitraum von 34 Jahren zwischen der Infection und dem Auftreten der ersten tertiären Veränderungen. Pellizzari[2]) eine Latenz von 43 Jahren, Raynaud[3]) eine solche von 54 und Fournier-Ricord[4]) von 55 Jahren.

c) Die Differenz der Krankheitsbilder.

Dem typischen, subacut unter dem Bilde einer Infectionskrankheit in 2—3 Jahren ablaufenden Secundärstadium wird vielfach der atypische, regellose, sich auf lange Zeit ausdehnende Verlauf des Tertiärstadiums das keine Aehnlichkeit mit einer Infectionskrankheit hat, sondern unter dem Bilde einer Diathese einer malignen Neubildung verläuft, entgegengestellt.

d) Die tertiären Producte sind nicht contagiös.

Diese Thatsache, eben so alt als unsere Kenntniss von der Syphilis überhaupt, steht völlig unbestritten da, Klinik und Experiment sind hier völlig einig. Schon Vigo[5]) sagte: „Quando vero est antiquatus (Morbus Gallicus), videlicet cum doloribus et tuberositatibus et ulceribus formicosis, tunc morbus non est amplius contagiosus, ut experientia nobis saepe numero demonstravit.“ Und dieser Satz blieb seither allgemein anerkannt. Ich werde mich

[1]) Hutchinson, Syphilis. — London 1888.

[2]) Pellizzari, Giornal. ital. delle mal. ven. 1884.

[3]) [4]) Fournier, Gaz hebdomed. 1870.

[5]) Vigo, cit. Bärensprung. Die hereditäre Syphilis. 1864.

daher im Folgenden auf die Anführung jener Autoren beschränken, die positives eigenes Beobachtungsmaterial zur Bestätigung dieser Frage beibrachten.

So betont zunächst Bärensprung[1]): secundär-syphilitische Männer inficirten ihre Frauen stets, tertiär-syphilitische nie, trotz manifester Erscheinungen. Diday[2]) betont, das syphilitische Virus schwäche sich allmälig ab. Impfung von Primäraffecten gebe die relativ heftigsten Erscheinungen. Impfung von Secundäraffecten eine schwächere Syphilis, tertiäre Erscheinungen seien gar nicht mehr contagiös. Der gleichen Ansicht von der Nichtcontagiosität sind Lancereaux, Van Buren and Keyes, Belhomme et Martin, Fürth, Cornil, Otis, Bumstead and Taylor, Lang, Leloir, Hutchinson, Campana, Fournier, Jullien, Bäumler etc.

Otis[3]) hat in mehreren Fällen, in denen Männer mit Psoriasis linguae heirateten, nie eine Infection der Frauen gesehen. Mauriac[4]) theilt drei Fälle mit, in denen Männer mit zerfallenden Gummen am Penis heirateten, ohne ihre Frauen in den Flitterwochen zu inficiren. Uebrigens ist Mauriac[5]) gleich Bergh[6]) der Ansicht, bei der Frage der Contagiosität spiele mehr das Alter der Syphilis, als die Form eine Rolle. Formen, die in den ersten Jahren nach der Infection auftreten, seien contagiös, ob sie unter dem Bilde secundärer oder tertiärer Affecte auftreten. Diesen ähnliche Formen, wenn sie erst spät auftreten, seien nicht contagiös, da dann das Virus bereits eliminirt sei.

Aber auch direct, durch Impfungen auf Gesunde, wurde die Nichtcontagiosität der tertiären Affecte erwiesen. Die Zahl dieser Impfungen ist grösser als sie meist in der Literatur dargestellt wird. So impfte schon Ricord[7]) zwei Gesunde mit syphilitischem

---

[1]) Bärensprung, Charité-Annalen 1860.

[2]) Diday, Histoire naturelle de la Syphilis. — Paris 1863.

[3]) Otis, Boston med. and surg. Journ. 1886.

[4]) Mauriac, Rev. génér. de clinique et de thérap. 1887, 14.

[5]) Mauriac, La syphilis tertiaire et héréditaire. — Paris 1890.

[6]) Bergh, Ueber Ansteckung und Ansteckungswege bei Syphilis. — Monatshefte f. prakt. Dermat. 1888.

[7]) Ricord, Traité pratique des mal. ven. — Paris 1838.

Ekthyma mit negativem Erfolg. Diday[1]) impfte 14 gesunde Individuen mit Blut, das er der Hautdecke über einer syphilitischen Periostitis und syphilitischem Gumma entnahm, mit negativem Erfolg. Mit gleich negativem Erfolg nahm Sarrhos[2]) an sich und mehreren anderen nie syphilitisch gewesenen Personen vor: eine Impfung von Ekthyma, 3 von Rupia, 2 von Gumma des Rachens, 6 von Gumma des Unterschenkels, also in toto 12 Impfungen. Bärensprung[3]) hat sich durch Beobachtung und Impfversuche auf Gesunde von der Nichtcontagiosität tertiärer Producte überzeugt. Tanturri[4]) hat ein gesundes Individuum mit Gummieiter erfolglos geimpft. Den gleichen negativen Erfolg gaben zwei Impfungen Profeta's[5]) von Blut und zerfallendem Gumma. Boeck[6]) hat nicht wenige Inoculationen mit Materie von erweichten Gummen und Geschwüren vorgenommen, stets mit negativem Erfolg. Endlich habe ich[7]) bei Gelegenheit einer grossen zur Lösung der Frage über die Natur des weichen Schankers vorgenommenen Reihe von Impfungen, auch 30 Impfungen zerfallender Gummen und anderer tertiärer Producte auf 10 Gesunde, auch hier mit negativem Erfolg, vorgenommen.

Und so stimmen Klinik und Experiment in der Frage der Nichtcontagiosität tertiärer Affecte völlig überein. In jüngster Zeit sind wohl zwei Fälle bekannt geworden, die aber wenn auch als Beweismittel für die Contagiosität angezogen, doch absolut nicht beweisend sind. Der eine rührt von Landouzy[8]) her. Ein Mann mit Gumma an der Glans heiratet. Einige Monate später zeigt seine Frau eine Roseola und Drüsenschwellungen. Der Sitz des Initialaffectes — damit aber auch die Frage, ob die Infection von Seite des Gumma erfolgte — nicht nachweisbar. Den zweiten Fall theilte mit aller Reserve Fournier[9]) mit. Ein junger Mann

---

[1]) Diday, Procédé de vaccination préservative de la Syphil. — Ann. de l'acad. de méd. 1849.

[2]) Sarrhos, La syphilis primitive. — Thèse de Paris 1853.

[3]) Bärensprung, Die heredit. Syphilis. — Berlin 1864.

[4]) Tanturri, cit. bei Jullien, mal. ven. — Paris 1886.

[5]) Profeta, Malattie venerée. — Palermo 1889.

[6]) Boeck, Erfahrungen über Syphilis. — Stuttgart 1875.

[7]) Finger, Zur Frage über die Natur des weichen Schankers. — Allg. Wiener med. Ztg. 1887.

[8]) [9]) Landouzy u. Fournier, Congrès internat. de derm. — Paris 1889.

macht vor 15 Jahren secundäre Syphilis durch, wird geheilt und heiratet. Während der Ehe macht er eine wahrscheinlich specifische Pneumonie und gummöse Glossitis durch. Zwei Jahre nach dieser, also nach mehrjähriger Ehe, zeigt seine Frau eine Lippensklerose, er selbst, ein leidenschaftlicher Raucher, einige oberflächliche Erosionen der Zunge. Dass die Infection, die zur Zeit recenterer Syphilis durch die Glossitis nicht bewirkt wurde, nun nach 15 Jahren durch diese oberflächlichen Erosionen, deren syphilitische Natur nicht einmal erwiesen ist, bewirkt worden sein soll, ist mehr als zweifelhaft.

Wenn M. v. Zeissl[1]) den Einwand macht, es habe lange Zeit gebraucht, bis die Contagiosität der secundären Producte anerkannt wurde und deren Anerkennung erst den Impfungen Waller's und Bärensprung's zuschreibt und daraus folgert, es werde sich die Ansicht von der Contagiosität der tertiären Erscheinungen (für die er selbst nicht den Schein eines Beweises beibringt) erst schwer und allmälig Bahn brechen, so ist diese Behauptung für die Contagiosität der secundären Affecte historisch unrichtig. Von Fracastor bis Hunter war die Contagiosität der Secundäraffecte allgemein anerkannt. Die unglücklichen Impfungen Hunter's und Ricord's am Träger hatten diese Ansicht erschüttert, und einen Widerspruch zwischen den positiven Erfahrungen der Klinik, den negativen des Experimentes ergeben. Die positiven klinischen Erfahrungen riefen gegen Hunter-Ricord's Impfungen Opposition hervor und die Impfungen von Wallace, Waller, Bärensprung etc. an Gesunden, sollten nicht etwa etwas Neues, bisher Bestrittenes erweisen, sondern die früher bestandene, erst durch Hunter-Ricord gestörte Harmonie zwischen Klinik und Experiment wiederherstellen. Dies gelang auch völlig. Bezüglich der Contagiosität der tertiären Affecte befinden sich aber Klinik und Experiment seit Vigo bis auf unsere Zeit in ungetrübtem Einklang.

Wenn von anderen Seiten die negativen Erfahrungen bezüglich der Contagiosität der tertiären Producte darauf zurückgeführt werden, dass dieselben in geringer Zahl und an Stellen sitzen, von denen aus Infection nicht so leicht erfolgt, so belehrt uns ein Blick auf die Statistik über das Unrichtige dieser Ansicht.

---

[1]) M. v. Zeissl, Internat. klin. Rundschau 1887.

Eine Zusammenstellung Tournier's [1]) ergibt von 341 cutanen Gummen 116 = $^1/_3$ im Gesicht, davon 97 an den Lippen. Nach Fournier [2]) sitzen von 687 Haut- und Schleimhautgummen 128 (18·5 $^0/_0$) an der Haut, 157 (22·8 $^0/_0$) am Genitale und 402 (58·7 $^0/_0$) an Zunge, Lippen, Gaumen und Pharynx. Auch Mauriac betonte die relative Häufigkeit der Gummen an der Mundschleimhaut und am Genitale.

e) Die tertiäre Syphilis ist hereditär nicht übertragbar.

Diese Regel gilt für die grosse Mehrzahl der Fälle und sind hier insbesondere jene Fälle zu beachten, wo Männer mit gummöser Hodenentartung gesunde Kinder zeugten, wie ein Fall Virchow's [3]) zahlreiche Fälle Fournier's [4]) und ein Fall Ehrmann's [5]) beweisen. Nichtsdestoweniger liegt eine kleine Zahl von Fällen vor, in denen Eltern mit tertiärer Syphilis hereditär-syphilitische Kinder zeugten. Wir können diesbezüglich nur die Kassowitz'sche [6]) Ansicht, der wir uns vollinhaltlich anschliessen, reproduciren: „Nach der nunmehrigen, wie es scheint, ganz richtigen Auffassung der sogenannten tertiären Symptome sind diese aber nicht mehr eine Ablagerung, oder directe Wirkung des syphilitischen Giftes, sondern vielmehr nur noch das Resultat einer durch die syphilitische Vergiftung — sei sie nun schon überstanden oder in ihren letzten Ausläufern noch bestehend — hervorgerufenen Eigenthümlichkeit des erkrankten Organismus, in Folge deren dieser Organismus gegen stattfindende Reize nicht in der gewöhnlichen Weise reagirt, sondern durch die Lieferung einer Zellenwucherung, welche die für die gummösen Producte charakteristischen Veränderungen und eigenthümliche Verlaufsweise zeigt. Tertiäre Veränderungen können also schon vorhanden sein, so lange das syphilitische Gift im Organismus noch circulirt, und dann kann sogar das Gift selber als Reizmittel zur Hervorrufung gummöser Processe dienen — sie können aber auch

---

[1]) Tournier, Essai sur les labialites tert. — Thèse de Paris 1888.

[2]) Fournier, Congrès internat. de derm. — Paris 1889.

[3]) Virchow, Natur der constit. syphil. Affectionen. — Virchow's Arch. 1858.

[4]) Fournier, Syphilis et Mariage.

[5]) Ehrmann, Syphilisdebatte im Wiener med. Doctorencolleg. 1889.

[6]) Kassowitz, Die Vererbung der Syphilis. — Wien 1876.

noch lange fortbestehen, nachdem das Gift schon vollständig eliminirt oder aufgebraucht worden ist. Damit ist das Verhältniss der Vererbungsfähigkeit zu den tertiären Symptomen gleich von vorne herein vollkommen klargestellt. Die Vererbungsfähigkeit kann noch vorhanden sein, wenn bei dem Vererbenden tertiäre Symptome schon ausgebildet sind; sie kann aber schon längst erloschen sein, wenn die Producte der tertiären Syphilis in dem elterlichen Individuum noch vollständig das Terrain beherrschen. Die Vererbungsfähigkeit ist also ganz und gar unabhängig von dem Bestande tertiär-syphilitischer Affectionen bei dem vererbenden Individuum".

f) Individuen mit tertiärer Syphilis sind Reinfectionen mit Syphilis zugänglich.

Die Zahl der bisher beobachteten Fälle ist gering, doch zweifellos. Es gehören hierher 6 Fälle Gascoyen's[1]), ein Fall Merkel's[2]) und ein jüngst beobachteter Fall Ducrey's[3]). Dass diese Fälle nicht häufiger sind, mag zum Theile in dem schon einmal erwähnten Umstande liegen, der überhaupt Reinfectionen seltener macht, als es möglich wäre, dass eben mit dem Alter jedes Individuums die Gefahr der Infection, also auch Reinfection abnimmt. Wenn wir nun das bei der Besprechung der Immunität bereits Erwähnte beiziehen, dass bei allen Infectionskrankheiten die Immunität die Erkrankung selbst überdauert, wir also aus der noch bestehenden Immunität nicht auf den Bestand der Infectionskrankheit, wohl aber aus dem Erlöschen der Immunität auf das völlige Erloschensein der diese bedingt habenden Erkrankung schliessen dürfen, so werden wir, in den vorliegenden Fällen zum Schlusse kommen, dass die Thatsache stattgefundener Reinfection, trotz der noch bestehenden tertiären Erscheinungen, für völligen Ablauf der ersten Infection spreche. Dass, wegen der Wichtigkeit der Frage, eine Bereicherung der Casuistik dieses Punktes sehr erwünscht wäre, ist klar.

g) Die differente chemische Reaction secundärer und tertiärer Affecte.

Es ist eine Thatsache, die allgemein, widerspruchslos, an-

---

[1]) Gascoyen, Lancet 1874, II., Nr. 22.

[2]) Merkel, Bayr. Intelligenz-Blatt 1868, Nr. 22.

[3]) Ducrey, Giorn. ital. delle mal. ven. 1888.

erkannt ist, dass die primären und secundären Syphiliserscheinungen auf Jod absolut nicht, dagegen sehr prompt auf Quecksilber reagiren. Jod, in diesen Perioden gereicht, wirkt, wenn es eine Wirkung entfaltet, nicht als Antisyphiliticum, sondern indirect, als specifisches Roborans (Sigmund).

Als direct heilend wirkt Jod in den beiden ersten Perioden der Syphilis nur gegen jene allgemeinen und Ernährungsstörungen, die wir früher als durch die Stoffwechselproducte des Virus bedingt erkannt haben.

Wesentlich different ist die Reaction der tertiären Affecte gegen Jod. Diesen gegenüber entfaltet Jod die Wirkung eines Specificum, dem gegenüber das Quecksilber an Wirkung zurücksteht. Diese Thatsache ist allgemein anerkannt. So betont Ricord[1]): das Quecksilber gegen primäre und secundäre Erscheinungen von Effect, verliere den tertiären gegenüber viel von seiner Wirksamkeit. Bärensprung[2]) widerspricht der von Virchow auf Grund anatomischer Gleichheit versuchten Identificirung von Sklerose und Gumma mit Hinweis auf deren so wesentlich differente Reaction gegen Jod. Neisser[3]) bezeichnet die Jodkaliwirkung gegen Gummen als directe chemische Reaction, das Quecksilber unterstütze nur die Therapie tertiärer Lues, erreiche aber nie die Wirkung des Jodkali. In gleichem Sinne äussern sich Bäumler[4]), Barduzzi[5]). Mauriac[6]) hebt die Wirkung der Jodpräparate gegen die constitutionellen Störungen, die Kachexie des Secundärstadiums, sowie alle tertiären Erscheinungen hervor, eine Thatsache, die wir unter Hinweis darauf, dass wir die constitutionellen Störungen und die Kachexie der Secundärperiode als durch die Stoffwechselproducte des Syphilisvirus bedingt analysirt haben, besonders merken wollen.

Und nun will ich hier noch einen weiteren Punkt anschliessen,

---

[1]) Ricord, Traité prat. des mal. ven. — Paris 1838.

[2]) Bärensprung, Charité-Ann. 1860.

[3]) Neisser, Die chron. Infectionskrankheiten der Haut. — Ziemssen, XIV. 1.

[4]) Bäumler, Syphilis in Ziemssen's Handbuch. — Leipzig 1886.

[5]) Barduzzi, Della sifilide ereditaria. — Giorn. ital. delle mal. ven. 1887.

[6]) Mauriac, La syphilis tertiaire. — Paris 1890.

der bei Besprechung dieser Frage bisher noch nicht beigezogen wurde, nämlich

h) Die Thatsache, dass tertiäre Erscheinungen, gleich der Immunität, auch bei Individuen entstehen können, die nie vorher die Zeichen virulenter Erkrankung, primäre und secundäre Symptome, darboten.

Es geschieht dies unter den gleichen Bedingungen, unter denen auch die Immunität, ohne vorausgehender virulenter Erkrankung entsteht, im Gebiete der hereditären Syphilis, als Wechselwirkung von Mutter und Fötus, wenn einer dieser Theile an Syphilis leidet.

1. Bei den Müttern vom Vater her hereditär-syphilitischer Kinder.

Wir haben, bei Besprechung der Immunität, jene Immunität genannt, die die Mütter vom Vater her hereditär-syphilitischer Kinder auszeichnet. Diese — nicht durch vorausgegangene virulente Erkrankung acquirirte — Immunität ist aber nicht das einzige an solchen Müttern zu beobachtende Symptom. Behrend[1]) und Hutchinson[2]) haben, die Ersten, darauf hingewiesen, dass ein Theil dieser Mütter nur die Immunität, sonst aber keine anderweitigen Erscheinungen darbietet. Anderen Müttern aber ergeht es schlechter. Sie verlieren zunächst viel von ihrer Frische, zeigen ein Welken, Kränklichwerden, hysterische Beschwerden, Fluor, also keine Zeichen von Syphilis, wohl aber Zeichen wesentlich gestörter Ernährung, eines Allgemeinleidens, gegen das sich, wie Behrend, der Erste, hervorhebt, Jodkali als gutes Heilmittel bewährt. Von 50 daraufhin von Hutchinson untersuchten Frauen, waren 12 anscheinend gesund, 14 in geringem, 24 in hohem Grade kachektisch. Diese Kachexie äusserte sich als blasses, fahles Aussehen, Welkheit des Fleisches, Schwäche, Abspannung, grosse Hinfälligkeit, rheumatoide Gliederschmerzen. Diese Kachexie hat das Eigenthümliche, dass sie, in der Gravidität entstanden, in jeder folgenden Gravidität an Intensität zunimmt. Syphiliserscheinungen zeigen solche Mütter absolut keine. Hutchinson führt

[1]) Behrend, Arch. f. Syph. u. Hautkrankh. I. 1846. — Behrend Syphilidologie. Neue Reihe I. 1858 u. II. 1860.

[2]) Hutchinson, London Med. Times 1856.

diese Kachexie zurück auf eine chronische, durch langedauernde Resorption fötaler Flüssigkeiten entstandene Vergiftung.

Aber nicht genug daran. Mit jeder folgenden Gravidität nimmt die Kachexie zu, schliesslich aber stellen sich, neben den Allgemeinerscheinungen, auch örtliche Erkrankungen ein, die den Typus tertiärer Syphilis, Periostitis, Gummen und serpiginöser Geschwüre von Haut und Schleimhaut darbieten. Wir haben dann das Eigenthümliche vor uns, dass Frauen, die trotz scrupulöser Untersuchung nie primäre und secundäre Syphiliserscheinungen darboten, an tertiären Symptomen erkranken. Diese Beobachtung fand bald mehrfache Bestätigung. Knoblauch [1]) citirt schon 1862 Diday, Kopp, Lallemand, Maisonneuve, Montanier als Anhänger Hutchinson's. Bärensprung [2]), Auspitz [3]), Reder [4]), Zeissl [5]), bestätigen die Beobachtung Hutchinson's. Engelstedt [6]) hält alle Mütter syphilitischer Kinder für latent syphilitisch, weil sie 1. gegen Syphilis immun sind; 2. wenn, dann stets nur unter tertiär-syphilitischen Symptomen erkranken. Weitere bestätigende Beobachtung brachten Melchior Robert [7]), Fürth [8]), Caspary [9]), Fournier [10]), Blaise [11]), Tarnowsky [12]), der diese Fälle nicht für so selten hält, Van Buren [13]), Bryant [14]) (7 Fälle), Mason [15]) (2 Fälle). Ebenso bringt M. v. Zeissl [16]) einen, Riocreux [17])

---

[1]) Knoblauch, Syphilidologie. Neue Reihe III. 1862.

[2]) Bärensprung, Hereditäre Syphilis. — Berlin 1864.

[3]) Auspitz, Die Lehre vom syphilitischen Contagium. — Wien 1866.

[4]) Reder, Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten. — Wien 1868.

[5]) Zeissl, Lehrbuch der Syphilis. — Wien 1871.

[6]) Engelstedt, Ueber Vererbung der Syphilis. Ugeskr. of Laege. 1876.

[7]) M. Robert, Traité de mal. ven. Paris 1861.

[8]) Fürth, Wiener Klinik 1878.

[9]) Caspary, Berliner klin. Wochenschr. 1875, 13.

[10]) Fournier, Syphilis et Mariage. — Paris 1880.

[11]) Blaise, De l'hérédité syphilitique. — Thèse 1885.

[12]) Tarnowsky, Bemerkungen zur russischen Uebersetzung von Lancereaux. 1886.

[13]) Van Buren, Amer. Journ. of Syph. 1870.

[14]) Bryant, Med. Times and Gaz. 1872.

[15]) Mason, Arch. of Derm. 1877.

[16]) M. v. Zeissl, Allg. Wiener med. Ztg. 1879 und Lehrbuch 1888.

[17]) Riocreux, Hérédité paternelle. — Thèse, Paris, 1888.

drei hieher gehörige Fälle. Und wenn sich auch von anderer Seite Einwendungen gegen diese Fälle erhoben, so war der Tenor dieser Einwendungen stets der, eine tertiäre Syphilis, ohne vorausgegangene primäre und secundäre Erscheinungen sei unmöglich, die vorausgegangenen primären und secundären Erscheinungen daher von den betreffenden Autoren in Folge ungenügender Beobachtung und Unterbrechung einfach übersehen worden. Wenn ich nun auch strenge Kritik als Aufgabe jeder wissenschaftlichen Thätigkeit zugebe, so geht meiner Meinung nach, diese Kritik zu weit, hört auf, wissenschaftlich zu sein, wenn sie Alles, was ihr nicht in den Kram ihres eben acceptirten Systems passt, einfach über Bord wirft.

Betrachten wir nun diese Fälle genauer. Wir haben im Capitel der Besprechung der Immunität darauf hingewiesen, dass wenn heute eine gesunde Frau einen vom Vater her syphilitischen Fötus in utero beherbergt, in diesem Fötus die syphilitische Erkrankung ihren Lauf nimmt. Es vermehrt sich also zunächst das Virus. Damit hängt dann aber auch die Production der Stoffwechselproducte zusammen. Der Körper der Mutter ist nun von dem des Fötus durch die Placentarscheidewand getrennt. Das corpusculäre Virus braucht diese Scheidewand nicht zu passiren. Passirt es sie aber, dann muss dasselbe, wie überall dort, wo es in die Circulation eines bisher von Syphiliserkrankung nicht heimgesuchten Organismus gelangt, secundäre Erscheinungen erzeugen.

Anders steht es mit den in den Körpersäften des Fötus gelösten Stoffwechselproducten des Syphilisvirus. Bei dem regen Stoffaustausch der durch die Placentarscheidewand hindurch von Mutter zu Fötus und umgekehrt stattfindet, werden diese Stoffwechselproducte während der ganzen Dauer der Gravidität continuirlich vom Fötus zur Mutter übergehen, in den Säften der Mutter gelöst, durch diese Zeit im mütterlichen Organismus circuliren.

Ist die Giftigkeit dieser Stoffwechselproducte, die ja natürlich variirt, eine geringere, die Resistenz des mütterlichen Organismus eine grössere, so wird als einziges Resultat des Ueberganges der Stoffwechselproducte die Immunität eintreten. Bei grösserer Giftigkeit der Stoffwechselproducte, geringerer Resistenz des mütterlichen Organismus, werden sich die Symptome chronischer Intoxication, die genannten Allgemeinerscheinungen einstellen, die natürlich mit

der Zahl der Graviditäten mit denen ja die Intoxication zunimmt, schwerer werden.

Dass diese Erscheinungen nicht durch das Virus, wohl aber ganz leicht durch dessen Stoffwechselproducte bedingt sein können, wird mir wohl zugegeben werden.

Wenn nun als höchste Gradation dieser Vergiftung tertiäre Erscheinungen auftreten — ohne dass die Mutter vorher an primären und secundären Symptomen gelitten hatte — auf was werden wir diese tertiären Erscheinungen zurückführen müssen? Ich glaube logischer Weise wohl nur wieder auf dieselben Stoffwechselproducte.

Betonen möchte ich nur noch, dass ebenso jene Allgemeinerscheinungen, die solche Mütter zeigen, als auch die typisch entwickelten tertiären Affecte solcher Mütter in der promptesten Weise auf Jod reagiren, wie von Behrend, Hutchinson, Zeissl, Tarnowsky u. A. bestätigt wird.

Analoge Verhältnisse finden wir aber auch

2. bei den Kindern syphilitischer Eltern.

Ausser jenen Fällen, in denen Kinder mit virulenten Erscheinungen der Syphilis geboren werden, oder solche bald nach der Geburt darbieten und den schon besprochenen Fällen der Geburt gesunder, gesund bleibender aber immuner Kinder fallen uns hier zwei Erscheinungen ins Auge.

a) Die schweren Ernährungsstörungen hereditärsyphilitischer Kinder. Alle Autoren über hereditäre Syphilis stimmen darin überein, dass die hereditäre Syphilis weniger den Charakter einer Infectionskrankheit, als den schwerer Ernährungsstörung und Kachexie zeigt. Die virulenten Erscheinungen sind ja oft geringfügig, aber das, was die hereditäre Syphilis so schwer erscheinen lässt, sind die Allgemeinerscheinungen. Wie Kassowitz[1]) und Anton[2]) betonen, bleiben die hereditär-syphilitischen Kinder schon im Uterus in ihrer Entwickelung zurück. Bei ihrer Geburt zeigen sie neben, hinter dem Alter zurückstehender Entwickelung von Länge und Gewicht, Erscheinungen von Dystrophie und Marasmus. Und diese Dystrophie, dieser Marasmus bleibt

---

[1]) Kassowitz, Die hereditäre Syphilis. — Wien 1876.

[2]) Anton, Ueber hereditäre Syphilis. — Inaug.-Dissertat., Berlin 1880.

ihnen anhaften, auch wenn die virulenten Erscheinungen schwanden. Man braucht nur Fournier's [1]) meisterhafte Schilderung der Entwickelungshemmung, der Zwerghaftigkeit, des Infantilismus solcher Kinder bis über die Pubertätsjahre, ja bis an das Lebensende zu lesen, um zur Ueberzeugung zu kommen, welche dominirende Rolle die Ernährungsstörungen gerade bei der hereditären Syphilis spielen, und man wird den Ausspruch Geigel's [2]) verstehen, wenn er meint, es sei noch sehr die Frage, ob man die hereditäre Lues als wirkliche Infection: „oder nicht viel mehr als eine mit dem Leben zugleich erregte, tief constitutionelle Störung desselben von nur noch sehr abgeschwächt specifischem Charakter aufzufassen habe".

Interessant ist aber die weitere Thatsache

b) des Vorkommens ererbter Syphilis unter rein tertiären Erscheinungen.

Ich will hier von der Syphilis hereditaria tarda als nicht allgemein acceptirt, völlig absehen.

Aber schon Rosen [3]) kennt Fälle der Geburt hereditär-syphilitischer Kinder, die bei oder bald nach der Geburt ausschliesslich tertiäre Erscheinungen zeigten, Bärensprung [4]) führt vier Fälle an. Boeck [5]), Anton [6]), Parrot [7]), Jackson [8]), Gamberini [9]), Caspary [10]) bringen zahlreiche analoge Beobachtungen. Parrot betont insbesondere die Häufigkeit visceraler Lues gegenüber den Hauterscheinungen. Wo in diesen Fällen, wie bei Bärensprung und Anton der Zustand der Mütter notirt ist, handelt es sich um Mütter mit älterer secundärer oder latenter Lues. Interessant ist insbesondere ein Fall Hutchinson's [11]) in dem die

---

[1]) Fournier, La Syphilis hérédit. tardive. — Paris 1886.

[2]) Geigel, Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd. 25, 1880, S. 288.

[3]) Rosen, Syphilidologie. Neue Reihe, III, 1862.

[4]) Bärensprung, Die hereditäre Syphilis. — Berlin 1864.

[5]) Boeck, Erfahrungen über Syphilis. — Stuttgart 1875.

[6]) Anton, Ueber hereditäre Syphilis. — Inaug.-Dissertat., Berlin 1880.

[7]) Parrot, La syphilis hérédit. et le rhachitis. — Paris 1886.

[8]) Jackson, Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1887.

[9]) Gamberini, La sifilide ereditaria. — Giorn. ital. delle mal. ven. 1887.

[10]) Caspary, Verhandl. d. Deutschen Derm. Ges. 1889.

[11]) Hutchinson, Syphilis. — London 1888.

vom gesunden Manne geschwängerte und inter graviditatem luetisch inficirte Frau ein reifes Kind gebärt, das mit 6 Wochen an Osteoperiostitis und Arthritis erkrankt, die auf gemischte Cur heilt, aber keine secundären Erscheinungen zeigt, ein interessantes Pendant zu den bekannten Fällen M. v. Zeissl's, Behrend's, Vajda's in denen unter den gleichen Verhältnissen rein secundäre Lues der Kinder auftrat.

Die früher erwähnten Ernährungsstörungen und Hemmungsbildungen hereditär-syphilitischer Kinder lassen sich zwangslos durch die Stoffwechselproducte des Syphilisvirus erklären. Die Schwere derselben erklärt sich einmal aus dem Umstande, dass die Vergiftung in diesen Fällen keinen fertigen, sondern erst einen werdenden Organismus trifft, also viel schwerer einzuwirken vermag. Aus der Wirkung der Stoffwechselproducte erklärt sich aber auch die Thatsache des so bedeutend schwereren Verlaufes der von der Mutter ererbten Syphilis. Bei Syphilis des Vaters allein wird der Fötus wohl durch die Stoffwechselproducte des im eigenen Organismus sich vermehrenden Virus beeinflusst, erhält aber von der gesunden Mutter gesundes Nährmaterial. Ist aber die Mutter recent syphilitisch, dann wirken auf den Fötus ausser den Stoffwechselproducten des eigenen Virus, auch noch diejenigen ein, die er auf dem Wege placentarer Ernährung aus dem Stoffwechsel der Mutter erhält. Die Vergiftung ist also viel intensiver. Ob nicht auf diese Weise das Absterben so vieler Fötus im Uterus der recent syphilitischen Mutter und damit die zahlreichen Abortus zu erklären sind? Ist nun aber die Lues der Eltern älter, die Virulenz des Virus gering oder erloschen, vermögen dann nicht die Stoffwechselproducte allein ihre Wirkung zu äussern. Dass sie in solchen Fällen wohl die Immunität der Kinder erzeugen, habe ich erwähnt. Vermögen sie aber bei intensiverer Giftigkeit nicht auch einestheils entwickelungshemmend, anderntheils direct krankmachend zu wirken?

Wenn andererseits der Fötus von gesunden Eltern gezeugt, die Mutter erst intra graviditatem inficirt wurde, so ist der Fötus in utero zunächst gewiss gesund. Auf denselben vermag durch die Placentarwand hindurch einmal das Virus überzugehen. Dass dies geschieht, beweisen die schon citirten Fälle von M. v. Zeissl, Vajda, Behrend. In diesen boten die Kinder virulente Erschei-

nungen von Syphilis dar. Wenn nun andererseits in dem Falle Hutchinson's unter gleichen Bedingungen Erscheinungen ausschliesslich tertiärer Natur am Kinde auftraten, sollen wir hier auch annehmen, dass syphilitisches Virus die Placentarscheidewand passirte und sofort die tertiären Erscheinungen erzeugte? Ist hier die Annahme, dass die Stoffwechselproducte allein, die ja gewiss in jedem Falle von Mutter zu Kind übergehen müssen, den Krankheitsprocess einzig und allein bedingten, aber kein Virus selbst überging, nicht die wahrscheinlichere?

Ueberblicken wir die Frage der Natur der tertiär-syphilitischen Erscheinungen nochmals in Kürze, so müssen wir zum Schlusse kommen, dass

1. die relative Seltenheit derselben,
2. das späte Auftreten nach der Infection,
3. die wesentliche Differenz in dem Krankheitsbilde der virulenten und der tertiären Periode,
4. die Thatsache, dass sie nicht contagiös,
5. nicht vererbbar sind,
6. tertiär-syphilitischen Reinfectionen zugänglich sind;
7. die wesentlich differente chemische Reaction der virulenten und der tertiären Symptome auf Jod;
8. endlich die Thatsache, dass analog der Immunität, auch die tertiären Erscheinungen, ohne vorausgegangene primäre und secundäre Syphilis entstehen können

genügende Gründe darbieten, die Annahme, als könnten die tertiären Erscheinungen in der gleichen Weise durch das Syphilisvirus erzeugt werden, wie die primären und secundären Erscheinungen, entschieden von der Hand zu weisen.

Berücksichtigen wir aber andererseits, dass die tertiären Erscheinungen mit allen durch die Wirkung der Stoffwechselproducte im primären und secundären Stadium bedingten Erscheinungen, die prompte chemische Reaction auf Jod gemeinsam haben, während im Gegensatz dazu alle virulenten primären und secundären Erscheinungen prompt auf Quecksilber reagiren, fügen wir hinzu, dass die tertiären Erscheinungen, ganz analog der durch die Stoffwechselproducte erzeugten Immunität und unter den gleichen Bedingungen, selbstständig, ohne vorausgegangene primäre und secundäre Erschei-

nungen entstehen können, so werden wir wohl zum Schlusse kommen, dass tertiäre Erscheinungen und Stoffwechselproducte in einem innigen Causalnexus stehen.

Die chronische Vergiftung mit den Stoffwechselproducten des Syphilisvirus mag eben jene „Umstimmung" der Reaction des Organismus erzeugen, die wir als Immunität verstehen. Sind die Stoffwechselproducte weniger giftig, der Organismus resistenter, so mögen sie sich auf die Erzeugung der Immunität beschränken.

Ist aber die Giftigkeit der Stoffwechselproducte grösser, die Reactionsfähigkeit des Organismus geringer, dann wird „die Umstimmung der Reaction" krankhaft, sie wird zur „specifischen Kachexie", zu einer „Nachkrankheit".

Die verschiedenen Momente vermögen, als Irritantien, diese Reaction auszulösen. Zu diesen kann ja auch noch das Syphilisvirus gehören. Und so könnte es geschehen, dass, wenn diese krankhafte Reaction frühzeitig eintritt, so lange noch actives Virus im Organismus vorhanden ist, dieses selbst, als Irritans, die Production tertiärer Erscheinungen provocirt, die dann noch virulent zu sein vermöchten. Es würde sich so Mauriac's und Bergh's schon citirte Ansicht erklären, dass die Virulenz der Syphilisformen mehr mit dem Alter als der Form zusammenhängt. Aber früher oder später wird das Virus ausgeschieden, die specifische Kachexie bleibt zurück und die differentesten Reize vermögen sie auszulösen, das Auftreten dann natürlich nicht mehr virulenter tertiärer Erscheinungen zu provociren. Aber auch dort, wo das Virus selbst noch tertiäre Erscheinungen provocirte, ist die Wirkung der Stoffwechselproducte, die specifische Reaction, das Wesentliche, das Virus spielt nur die Rolle des Irritans und ist, ohne Mitwirkung der durch die Stoffwechselproducte erzeugten specifischen Reactionsfähigkeit des Organismus zur Erzeugung tertiärer Veränderungen nicht befähigt.

Auch die maligne Lues, und die hereditäre Syphilis ist meist eine maligne, würde durch die gleichzeitige intensive Action von Virus und dessen Stoffwechselproducten ihre Erklärung finden.

Damit bin ich mit meinen Auseinandersetzungen am Ende.

Ich bin mir bewusst, ich betone es nochmals, dass ich das ganze hier entwickelte Gebäude nur auf der hypothetischen Grund-

lage von Analogieschlüssen fundirte. So lange uns aber die Möglichkeit, den Syphilisbacillus zu züchten und auf empfängliche Thiere zu impfen, abgeht, müssen wir uns mit Hypothesen und Analogieschlüssen behelfen. Auch wird mir wohl zugestanden werden, dass das hier entwickelte Gebäude der Syphilispathologie die so proteusartigen Erscheinungen der Syphilis in einheitlicher und befriedigenderer Weise erklärt, als alle in der Frage bisher unternommenen Versuche.

Wenn die vorhandene Studie meine speciellen Fachcollegen zur Arbeit in den hier angedeuteten Richtungen, insbesondere zur Bereicherung der vielfach noch lückenhaften Casuistik anregt, hat sie ihre Aufgabe erfüllt.

[illegible] wird [illegible]

[illegible] der Kapillar[illegible] [illegible]

[illegible] Syphilis [illegible]

[illegible] Verwandlung [illegible]

[illegible] Arbeit, in dem diese [illegible]

[illegible]

[illegible] vermögen [illegible]

[illegible] Veränderungen [illegible]

[illegible] Erscheinungen [illegible]

[illegible]

[illegible] nicht [illegible]

[illegible] Syphilis [illegible]

[illegible] Erklärung [illegible]

[illegible]

Cowperitis im Verlaufe von Masern.

Von

Dr. S. Róna,
Docent für Hautkrankheiten und Syphilis zu Budapest.

Im Anschlusse an acute infectiöse Krankheiten, wie: Typhus, Endocarditis, Pyämie, sind schon Fälle von Cowperitis beobachtet und als metastatische Entzündungen aufgefasst, veröffentlicht worden. (Englisch.[1])

Im Folgenden möchte ich eine derartige Entzündung der einen Cowper'schen Drüse im Gefolge der Morbilli beschreiben, da meines Wissens dieser Complication der Masern bisher nirgends Erwähnung geschah.

D. K., 16jähriger Gymnasiast, kam am 27. October vorigen Jahres auf die II. infectiöse Abtheilung des Rochusspitales, und gab an, am 20. von Gyöngyös (wo eine Masernepidemie herrschte) gekommen zu sein. Seit dem 24. October hustet er stark, hat Schnupfen, und am 26. trat Fieber, Conjunctivitis auf. Am selben Tage zeigte sich ein Exanthem im Gesichte, welches sich seither fast auf den ganzen Körper ausbreitete.

Status praesens: Ausgesprochenes Masernexanthem der Haut und Mundschleimhaut, hochgradige Conjunctivitis, Rhinitis catarrhalis, diffuser Bronchialkatarrh. Abendtemperatur 40·0° C.

Am 28. und 29. October, Temperatur zwischen 38—38·5° C. und es vermehrten sich die Flecke und breiteten sich überhaupt auf die unteren Extremitäten aus, wo am Tage der Aufnahme der Ausschlag nur spärlich vertreten war.

---

[1]) Ueber Entzündung der Cowper'schen Drüse. Wien. med. Presse 1883.

Am 30. October wurden fast sämmtliche Masernflecke sowohl der Haut als Schleimhaut stark hämorrhagisch; die Körpertemperatur sank auf 36·9° C. herab.

Am 31. October empfand Patient das erste Mal einen stechenden Schmerz am Perineum, welcher sich beim Husten, Aufsetzen und Stuhlentleeren steigerte. An dieser Stelle bemerkte er eine haselnussgrosse, schmerzhafte Geschwulst.

Am 1. November untersuchend, fand ich Folgendes: 1 Ctm. vor der Analöffnung, rechts vor der Harnröhre, war eine haselnussgrosse, mit gesunder, faltbarer Haut bedeckte, auf Druck sehr schmerzhafte, in der Tiefe sitzende, birnenförmige Geschwulst. Vom Mastdarm aus fand ich dessen abgerundete Basis dem Anus zugekehrt und deren Spitze sich in einen 1½ Ctm. langen, derben, harten Stiel fortsetzend, welch letzterer im spitzen Winkel zur Urethra lief und bis zum Bulbus verfolgbar war. Von der gesunden Prostata konnte ich die Geschwulst mittelst dem im Mastdarm fühlenden Zeigefinger und dem am Damm palpirenden Daumen gut abgrenzen.

Die Geschwulst entsprach der rechten Cowper'schen Drüse. Die Körpertemperatur war normal. Patient hatte noch nie einen Tripper, urinirte auch jetzt ohne Beschwerde und nicht häufiger als sonst. Aus der Harnröhre ist kein Secret herauszudrücken; der Urin ist klar, nicht eiterhältig. Die Therapie bestand aus Eisumschlägen.

Bis zum 4. November wuchs die Geschwulst bis zur Nussgrösse, wurde consistenter, wölbte den Damm mächtig empor, die Haut darüber wurde ödematös, geröthet, heftige Schmerzen bei jeder Lageveränderung, beim Husten und Stuhlentleeren. Die Hämorrhagien der Haut resorbirten sich inzwischen, rostbraune schilfernde Flecke zurücklassend. Noch war ein mächtiger Bronchialkatarrh und Conjunctivitis vorhanden.

Vom 5. November fing sich die Geschwulst sehr langsam zu verkleinern an und ging auf Resorbentien bis 8. November auf Haselnussgrösse zurück und selbst damals war der verdickte Ausführungsgang noch zu fühlen.

Am 16. November konnte ich den Patienten mit einer der rechten Cowper'schen Drüse entsprechenden erbsengrossen Geschwulst dem ärztlichen Vereine vorstellen.

Es steht ausser Zweifel, dass diese schmerzhafte Anschwellung am Damme, die Anschwellung der rechten Cowper'schen Drüse, ihres Ausführungsganges und die Infiltration des periglandulären Bindegewebes war.

Dass nun diese entzündliche Anschwellung als metastatischer Process, also als eine directe Folge des Maserngiftes aufzufassen sei, möchte ich nicht behaupten; da es ja möglich ist, dass ebenso wie in die Haut auch in das Gewebe der Cowper'schen Drüse ein Bluterguss stattfand und letzterer erst secundär die Entzündung der Drüse und des umgebenden Bindegewebes hervorrief.

Aus der Blattern-Abtheilung des Docenten Dr. Róna im Baraken-Spitale in Budapest.

Erythema multiforme im Anschlusse an Typhus abdominalis.

Von

Dr. S. Laufer,

Secundararzt.

Wohl wissend, dass ich in folgender Mittheilung wenig Neues bieten kann, vermehre ich doch die Casuistik einer nicht eben häufigen Hautaffection (Dr. Róna hat unter circa 700 Typhus abdominalis-Fällen einen derartigen Ausschlag jetzt das erste Mal beobachtet). Das ätiologische Moment, durch welches die Hautaffection erzeugt wurde, erschien mir wichtig genug, um für diese complicatorische Erkrankung der Haut eine andere Deutung anzuregen, als bisher geschehen.

Ich zweifle nicht daran, dass die zu beschreibende Hautaffection dieselbe ist, welche Griesinger als eine sehr seltene und als masernähnliche, confluirende, fein papulöse, zierliche Configuration bildende Flecke bei Typhus abdominalis beschreibt, oder welche als Pelioma typhosum von einzelnen Autoren oder als Erythema multiforme ähnliches Typhusexanthem (Kaposi) kurz erwähnt ist. Die Dürftigkeit dieser Angaben, ausser den angegebenen Ursachen, veranlassten mich, diesen Fall in extenso zu veröffentlichen.

Es handelte sich um ein Mädchen, G. M., 23 Jahre alt. Selbes wurde am 25. December vorigen Jahres auf unsere Abthei-

lung aufgenommen. Patientin gab an, seit 5 Tagen schwer krank zu sein; sie blieb jedoch in häuslicher Pflege. Sie war sehr müde, matt; Diarrhöen sind vorausgegangen; die Milzdämpfung begann bei der 7. Rippe; die Zunge war fuliginös bedeckt; continuirliches Fieber zwischen 39—40, selbst 40·5, profuse Diarrhöe war vorhanden. Kurz, wir konnten schon am dritten Tage die Diagnose auf Typhus abdominalis stellen. Roseolen konnten wir nicht beobachten. Am 4. Tage ihres Spitalaufenthaltes entstand an der Brust, besonders an den Vorderflächen der Mammae, spärlich am Bauche, mehr an den Streckseiten der Oberarme, an den Schultern, Rücken und sehr spärlich an den unteren Extremitäten ein fremdartiger Hautausschlag. Die Handteller waren verschont; 15 bis 20 Efflorescenzen waren auch im Gesichte, an der Stirne und am Nacken zu sehen.

Der Hautausschlag bestand aus linsen- bis pfennig-, selbst grösseren, lebhaft rothen, scharf umschriebenen rundlichen Flecken, welche auf Druck nur theilweise verschwanden, mässig über das Niveau emporragten. Die grösseren waren in ihrer Mitte blässer als in der Peripherie, und an einzelnen Stellen, wie an den Aussenseiten der Oberarme, schmolzen sie zusammen als thalergrosse und noch grössere, scharfbegrenzte, in der Mitte blässere, bläulich-rothe oberflächliche Infiltrate. Ein Ausschlag, welcher fast alle Charaktere des Erythema exsudativum multiforme besass.

Am 5. Tage erschienen die Flecke reichlicher am ganzen Körper, zwar mit einer ungleichmässigen Vertheilung; an der Brust, an den Oberarmen und am Rücken war der Hautausschlag ein sehr reichlicher, am Bauche und an den unteren Extremitäten erschienen nur spärliche Flecke, etwas reichlicher nur über dem Kniegelenk. Später flossen die Flecke stellenweise derart zusammen, dass man zwischen ihnen weiter keine scharfen Grenzen unterscheiden konnte. Zugleich fing der Hautausschlag an, zu verblassen. Am 10. Tage waren die rothen Flecke ganz verschwunden, und nur eine gelbliche, gelblich-braune Pigmentation blieb zurück.

Am 9. Jänner, Vormittags 10 Uhr, ergab die Percussion an der linken Seite der vorderen Brustfläche, in der Höhe der zweiten Rippe, eine flachhandgrosse absolute Dämpfung. Genau

feststellen, ob es sich um ein pneumonisches Infiltrat oder Pericarditis exsudativa handele, konnten wir nicht, weil die Patientin in extremis war. Sie starb auch am selben Tage zu Mittag. Es muss noch bemerkt werden, dass einige Tage vor dem Tode kleine Hautabscesse an der Schultergegend und am rechten Fussgelenke auftraten.

Die am 11. Jänner stattgefundene Nekropsie, welche Herr Assistent des pathologisch-anatomischen Institutes Dr. Aczél vornahm, ergab folgenden Befund:

Leiche mittelstark, mittelmässig genährt, am Rücken mit sehr dunklen Leichenflecken versehen. Pupillen mittelweit, zeigen keine Differenzen; am rechten Fussgelenke wie auch an der rechten Schultergegend ins subcutane Bindegewebe sich erstreckende, erbsen- bis linsengrosse Substanzverluste, deren Wände mit einem grünlichgelben eiterigen Belege versehen sind. Am rechten Fussrücken und auf der Streckseite des linken Ellbogengelenkes kreuzer- und etwas grössere unregelmässige, aus kleinen, etwa mohngrossen Knötchen zusammengesetzte, kaum über das Niveau sich erhebende, blassrothe Flecke.

In der linken Brusthälfte ungefähr ein halber Liter röthliches, mit fibrinösen Fetzen reichlich vermengtes, klebriges, eiteriges Exsudat. Der vordere Theil des linken oberen Lungenlappens ist in der Ausdehnung einer Mannsfaust vollkommen luftleer, sehr blutarm, dicht, auf der Schnittfläche feinkörnig, graugrün, beim Kratzen bietet er ein trübes, klebriges Exsudat; die über diesem Theile sich befindende Pleura ist injicirt, mit fibrinösen Membranen belegt.

Die Lymphfollikel an der Darmschleimhaut waren theilweise geschwellt, theilweise war die Schwellung schon zurückgebildet, und nur eine schwärzliche Pigmentation blieb zurück. Geschwüre oder Narben waren nicht vorhanden.

Der charakteristischeste Befund war in den Nieren. Selbe waren auf das Doppelte vergrössert, sehr schlaff, graugelb, blutarm, die Decken waren leicht abziehbar; die Oberfläche glatt. Auf der Oberfläche waren zahlreiche, nadelspitz- bis hirsekorngrosse graulichgrüne und grünlichgelbe, mit einem Blutring umgebene Pfröpfe eingestreut, und zwar theils dichter neben einander, theils mehr zerstreut, welche sich in die Rindenschichte keilförmig fortsetzten. Auf der Schnittfläche die Rinde breiter; auf dem graulichgelben Grunde finden sich zahlreiche schwefelgelbe

Flecke und Streifen, die regelmässigen Contouren fehlen gänzlich. Die Schleimhaut des Nierenbeckens injicirt.

Noch interessanter war der mikroskopische und bacteriologische Befund, welchen ebenfalls Herr Dr. Aczél die Güte hatte, uns zu liefern.

Der Nierenschnitt ergab einen fettigen Zerfall der Epithelialzellen, überhaupt in den gewundenen Canälen.

Entsprechend den beschriebenen Pfröpfen waren theilweise vielkörnige Eiterzellenanhäufungen, welchen entsprechend das Gefüge der Niere nicht mehr erkennbar war; anderen Orts waren die Canäle inmitten der Infiltration erkennbar, ihr Lumen aber war mit den Zellen (Infiltrationszellen) ausgefüllt; ausserdem enthielten die Pfröpfe Bacillenanhäufungen, welche sich bei der näheren bacteriologischen Untersuchung als mit den Typhusbacillen identisch erwiesen; weiters waren dort Streptococcen-Anhäufungen.

In den Abscessen der Haut fanden sich ebenfalls Anhäufungen von Streptococcen.

Den anatomischen und mikroskopischen Befund zusammengefasst, ist meine Ansicht, dass es sich um einen Fall von Typhus abdominalis handelte, mit besonderer Localisation der Infection in den Nieren, ein sogenannter Nephrotyphus, wofür auch die geringen Veränderungen in dem Darme sprechen, wie dies von mehreren Autoren beschrieben wurde, und wie es im vorliegenden Falle die Nekropsie unwiederlegbar erwies; secundär ist dazu gekommen die Infection mittelst Coccen, die metastatischen Abscesse in den Nieren und in der Haut.

Ob das Hautexanthem hier durch das Typhusgift, wie wir es heute für die Roseola annehmen müssen, oder durch die oben erwähnten secundären Coccen verursacht worden, muss ich dahingestellt bleiben lassen, da wir über bacteriologische Untersuchungen der Erythemflecke nicht verfügen, aber ich neige mich zu der letzteren Auffassung. Denn wir besitzen heute schon Daten, dass Erythema multiforme durch Coccen verursacht werden kann (Cordua, Deutsche med. Wochenschr. 1885), und so ist es einleuchtend, dass eine derartige Auffassung unseres Exanthems nicht völlig unbegründet wäre.

Die metastatischen Abscesse in den Nieren und in der Haut

leiteten mich zu dieser Annahme. Der Anschluss an Typhus abdominalis, die Vertheilung, die mehr stationäre Dauer der Flecke, bekräftigten mich in der Ueberzeugung, dass ich hier nicht Angioneurose (Landois) (was ja keineswegs entschieden ist), sondern eine infectiöse Substanz als Ursache der Hautaffection annehmen muss. Vollen Aufschluss hätte uns nur die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung einzelner Papeln bieten können. Nur wie der Fall zur Section kam, war mehr grösstentheils eine blass gelblichbraune Pigmentation vorhanden. Auch die vereinzelten, noch sichtbaren, aber schon abgeblassten Efflorescenzen an der Streckseite des linken Ellbogengelenkes und des Fussrückens hielten wir für eine ausschlaggebende Untersuchung nicht geeignet und aus dem Lebenden zu excidiren haben wir versäumt.

Aus der königlichen Universitätsklinik für syphilitische und Hautkrankheiten zu Bonn.

Bericht über den weiteren Verlauf des Falles von acuter multipler Hautgangrän.

Von

Prof. Dr. J. Doutrelepont.

Unter obigem Namen habe ich in diesem Archiv 1886[1]) einen eigenthümlichen Fall beschrieben, wie ein gleicher bis dahin in der Literatur nicht aufzufinden war. Die Patientin habe ich bis zu ihrem Tode, der am 4. September 1889 an Tuberculosis pulmonum erfolgte, mit kurzen Unterbrechungen genau beobachten können. Ich glaube, diese weiteren Beobachtungen veröffentlichen zu müssen, schon wegen der Seltenheit des Falles, aber auch, weil sie meine damals schon aufgestellte Ansicht, dass wir es mit einem Zoster gangraenosus universalis recidivus zu thun hatten, nur bestätigen, und weil, wenn auch analoge Fälle jetzt ebenfalls in der Literatur sich vorfinden, worauf ich später noch zurückkommen werde, doch keiner so genau und so lange beobachtet werden konnte und auch keiner so grosse Dimensionen aufweist.

Recapituliren wir kurz den Verlauf der Krankheit, soweit er schon veröffentlicht ist. Ein 21jähriges, kräftiges, gesund aussehendes, etwas sensibles Mädchen, welches vorher bei einem Darmkatarrh an wiederholten hysterischen Krampfanfällen gelitten hatte, stach sich am 1. August 1884 eine Nadel unter den

[1]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1886, pag. 179.

Daumennagel. Schon am Tage nach der Verletzung traten an der ersten Phalanx des betreffenden Daumens die ersten Symptome der Erkrankung in Form von kleinen gangränösen Stellen der Haut auf. Die Erkrankung schritt centralwärts weiter, befiel zuerst den Handrücken, dann den Vorderarm, die Schulter und den Rücken derselben Seite. Erst am 13. October überschritt die Krankheit die Mittellinie des Körpers am Rücken. Dann wurde die Kreuzbeingegend, die vordere Brustgegend, der Unterleib, der linke, dann der rechte Oberschenkel, die Füsse, die Unterschenkel, der rechte Arm befallen, also der ganze Körper mit Ausnahme des Halses und des Kopfes, der erst am 29. August 1885 auch in das Bereich der Erkrankung gezogen wurde. Die Herde traten in verschiedenen Bezirken gleichzeitig auf. Mit kürzeren oder längeren Intervallen wiederholten sich die Schübe, welche mit Steigerung der Körpertemperatur einhergingen. Was die Symptome der Krankheit betrifft, muss ich auf die frühere Arbeit verweisen. In dieser erklärte ich schon, trotzdem ich keine Gelegenheit hatte, ausgebildete Herpesgruppen zu beobachten, und trotz des atypischen Auftretens der Eruptionen, den Fall als zum Herpes Zoster gehörig, und zwar bestimmte mich dazu der Umstand, dass die gangränösen Herde aus Gruppen von kleinen, runden Flecken bestanden, welche durch die histologische Untersuchung als beginnende Bläschenbildung charakterisirt waren. Dazu kam das acute Auftreten und der allen Herden eigenthümliche typische Verlauf ohne weitere peripherische Verbreitung, und dass die Erkrankung sich längere Zeit auf das Gebiet des Plexus cervico-brachialis sinister beschränkte, ehe sie später auf andere Nervengebiete überging.[1]) Der weitere Verlauf des Falles hat meine Ansichten bestätigt.

Bis zum 30. December 1885 (also nur kurze Zeit nach Schluss des vorigen Berichtes) blieb Patientin in der Klinik. An diesem Tage wurde sie auf ihren Wunsch entlassen.

Am 16. Februar 1886 wurde sie in das hiesige evangelische Hospital, dessen chirurgische Station ich leite, aufgenommen und bis zum 20. Juli 1887 von mir dort beobachtet. Die gangränösen Herde hatten seit ihrer Entlassung aus der Klinik sich immer

[1]) cf. Arch. 1886, l. c.

wieder gebildet. Wie früher berichtet, entwickelten sich entweder mit oder ohne vorangehende leichte Hyperämie der Haut und unter prickelndem Gefühl an der Eruptionsstelle sehr schnell deutlich contourirte strangförmige oder mehr rundlich geformte weissgraue Plaques, welche an ihrer Oberfläche mehr oder weniger runde linsengrosse Fleckchen unterscheiden liessen, von mehr gelblicher Färbung (cf. Arch. 1886, Taf. XII). Ganz ähnlich traten während des ersten Verweilens im Hospital bald hier, bald dort, ohne dass irgend eine Regelmässigkeit in dem Auftreten der Eruptionen nachzuweisen war, neue Verschorfungen der Haut immer wieder auf. Erst am 15. Mai beobachtete ich an der Innenseite des linken Fusses eine Bläschengruppe, an die eine ganze Anzahl streifenförmig geordneter Bläschen sich anschloss, die allmälig eintrockneten, ohne dass die Haut gangränescirte. Seit der Zeit konnte ich noch häufiger neben den früheren ganz ähnlichen Verschorfungen deutliche Gruppen von Herpesbläschen beobachten, und zwar sowohl im Gesicht, als an den Extremitäten. Die Bläschen confluirten zuweilen und bildeten grössere Blasen. Auch an der Peripherie der vertieften gangränösen Stellen waren zuweilen gleichzeitig mit der Verschorfung einzelne Bläschen mit serösem oder eiterigem Inhalt zu sehen. Am 18. November hatten sich auf beiden Wangen, an der Nasenwurzel, an beiden Nasenflügeln und auf der Nasenspitze ganz charakteristische Bläschengruppen entwickelt, die wie ein gewöhnlicher Herpes Zoster ohne Gangrän abliefen. Es war das Bild eines Zoster facialis bilateralis, während auf Stirn und Kinn Verschorfungen statt der Bläschengruppen sichtbar waren. So wechselten die Erscheinungen, die Verschorfungen waren aber viel zahlreicher als die Bläschenbildungen. Patientin klagte häufiger über starke Kopfschmerzen, denen zuweilen Erbrechen folgte. Sie war öfter sehr aufgeregt und dieser Aufregung folgte stets eine starke Depression. Am 21. März 1887 kletterte sie zum Beispiel Nachts auf das von ihr geöffnete Fenster und hielt sich am Gitter fest. Sie gab an, dass sie dies im Schlafe ausgeführt habe. Ohne besonderen Grund befand sie sich die folgenden Tage in sehr heftiger Aufregung, so dass sie Spiegel und andere Möbel zerschlug. Am 2. Mai spuckte Patientin wenig Blut aus und klagte über Schmerzen beim Schlucken. Der Kehlkopfspiegel zeigte am linken Liga-

mentum glosso-epiglotticum laterale eine linsengrosse, weisslich verfärbte Stelle mit rothem Hofe: die erste Erscheinung der Krankheit auf der Schleimhaut. Der Kehlkopf war normal. Während immer neue Verschorfungen der äusseren Haut auftraten, wurde am 19. Mai zuerst an beiden Gaumenbögen symmetrisch angeordnet je eine 20-Pfennigstückgrosse, unregelmässig configurirte, nekrotische Stelle der Schleimhautoberfläche mit rothem Hofe constatirt. Am 25. Mai war das Zäpfchen mit kleinen Bläschen von klarem Inhalt bedeckt; diese Bläschen verwandelten sich am folgenden Tage in einen nekrotischen Schorf, der sich später auch auf beiden Tonsillen zeigte. Die befallene Schleimhaut heilte schnell, es traten jedoch von dieser Zeit an sehr häufige Recidive der Bläschenbildung am weichen Gaumen, an der hinteren Rachenwand und an der Schleimhaut des harten Gaumens auf, oder an diesen Stellen zeigten sich weissliche Verfärbungen, welche wie Verschorfungen aussahen. Am 20. Juni 1887 stellte ich die Patientin in der Niederrheinischen Gesellschaft vor: es war damals der ganze weiche Gaumen mit Gruppen von krystallhellen Bläschen bedeckt. Im Juli 1887 war Patientin wieder sehr aufgeregt, klagte über sehr heftige Kopfschmerzen und verlangte in starker Aufregung energisch ihre Entlassung aus dem Hospital, welche dann am 20. Juli erfolgte. Erst am 27. November stellte sie sich wieder ein. In der Zwischenzeit waren eine Menge neuer Verschorfungen aufgetreten, jedoch erst ein Recidiv der Erkrankung im Halse, welches mit heftigen Schluckbeschwerden verbunden war, veranlasste sie, sich wieder in die Klinik aufnehmen zu lassen. Das ganze Palatum molle zeigte kreisrunde, weissgelbliche Herde, die zum Theil noch deutliche Bläschen erkennen liessen, zum Theil war es schon zur Verschorfung der Oberfläche gekommen. Der Larynx war frei. Am linken Unterschenkel waren zwei frische, gangränöse Stellen vorhanden. Am 5. December hatte sich diese Erkrankung im Halse zurückgebildet, dagegen waren mehrfach an den unteren Extremitäten und einmal am rechten Darmbeinkamme deutliche Herpeseruptionen aufgetreten, die ohne Verschorfung der Haut eintrockneten. Mitte December erkrankte Patientin an einer Tonsillitis follicularis mit hohem Fieber, welche nach einigen Tagen abgelaufen war. Ende December traten immer neue Verschorfungen an den Extremitäten

und am linken äusseren Augenwinkel auf, während neue leichte Recidive an der Uvula und an beiden Seiten des Palatum molle sich einstellten.

Am 2. Jänner 1888 liess sich Patientin nicht länger in der Klinik halten und wurde entlassen, mit der Weisung, sich von Zeit zu Zeit in der Poliklinik vorzustellen. Sie stellte sich erst am 21. März vor und wurde wieder in die Klinik aufgenommen. In der Zwischenzeit waren an fast allen Körpergegenden ununterbrochen neue Verschorfungen aufgetreten, zuletzt einige Tage vor der Aufnahme an beiden Unterschenkeln.

Am 24. März traten unter Temperatursteigerung bis 39° an der linken Ohrgegend 10 Bläschengruppen auf, eine jede aus 4—8 Bläschen bestehend, welche nach 24 Stunden gangränös aussahen. Auch am linken Handrücken waren am 25. März symmetrisch mehrere Bläschengruppen neu aufgeschossen, während an der Vorderfläche des linken Oberschenkels eine fünfmarkstückgrosse gangränöse Stelle mit Bläschen umgeben erschienen war. Bis Ende April wurde wieder die Haut der verschiedensten Körpergegenden befallen, meistens waren es wieder kleinere oder grössere Schorfe, seltener deutliche Bläschengruppen, wie zum Beispiel an der linken Wange, wo in der Gegend des Jochbogens zahlreiche Bläschen, die in zwei parallelen Reihen angeordnet waren, am 21. April beobachtet wurden.

Am 24. April wurde zuerst die Conjunctiva des linken Auges, sowohl Conjunctiva bulbi, als auch palpebrarum afficirt. An letzterer war nur starke Injection zu erkennen, während nach innen an der Cornea kleine Bläschen sich zeigten. Dabei bestanden heftige Reizerscheinungen, Lichtscheu und Thränenträufeln.

Am 8. Mai kam an der Vorderfläche des linken Oberschenkels eine beinahe handtellergrosse Blase zum Vorschein, welche an ihrer Peripherie von einer Anzahl kleinerer Bläschen umgeben war. Die grosse Blase war schlaff, man konnte erkennen, dass sie durch Confluiren kleinerer Blasen entstanden war. Aehnliche Blasen wurden später noch häufiger beobachtet. Von Mitte Mai an war eine 14tägige Pause im Auftreten der Symptome zu verzeichnen. Anfangs Juni jedoch traten die Erscheinungen mit erneuter Heftigkeit auf, grosse Blasen, wie die oben beschriebene,

bildeten sich sehr schnell an der Vorderfläche des rechten Oberschenkels, ebenso an der Aussenseite des linken Unterschenkels. Am 2. und 3. Juni erkrankte zuerst die Schleimhaut der Geschlechtstheile. An den beiden grossen Labien zeigten sich mehrere circumscripte verschorfte Stellen, von ungefähr 5- bis 10-Pfennigstückgrösse, umgeben von kleineren Bläschen, welche heftige Schmerzen verursachten. Nach einiger Zeit trat auch hier Heilung ein, jedoch recidivirte die Erkrankung hier Ende Juli. In der Zwischenzeit bildeten sich wieder gangränöse Stellen oder grosse Blasen an den verschiedensten Stellen der Haut und Plaques oder Bläschen an der Gaumenschleimhaut. Am 29. Juli war eine schöne Herpesgruppe auf der Mitte des linken Nasenflügels und auf der linken Wange zu beobachten. Patientin zeigte um diese Zeit wieder starke Aufregung, klagte über heftige Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Dieser Zustand war mit Steigerung der Temperatur verbunden. Der Verlauf der Erkrankung während der folgenden Monate bot nichts Besonderes dar, die gangränösen Stellen, die grossen Blasen, die Herpesbläschengruppen wurden an den verschiedensten Stellen beobachtet, ebenso erkrankte wieder die Schleimhaut des Gaumens und der Geschlechtstheile von Zeit zu Zeit in oben beschriebener Weise. Patientin war zeitweilig aufgeregt, mit nachfolgender starker Depression. Das Allgemeinbefinden war trotz der so häufigen Fieberbewegungen — denn fast jeder stärkere Schub der Erkrankung verlief mit Fieber — immer noch ziemlich gut gewesen, Patientin sah noch ganz gut genährt aus. In der letzten Zeit fing sie indess an, ein wenig abzumagern. Am 7. November wurde eine neue Stelle der Körperoberfläche befallen, nämlich die Nägel; der linke Daumennagel zeigte an diesem Tage eine starke blauschwarze Verfärbung, eine leichte ähnliche Verfärbung die drei letzten Finger der rechten Hand; diese Erscheinung brauchte lange Zeit bis zum vollständigen Verschwinden und recidivirte später noch mehrmals. Am 21. November stieg die Temperatur plötzlich auf 40·1°. Patientin klagte über heftige stechende Schmerzen im Kopfe, das Sensorium war benommen, sie delirirte und erbrach. Am folgenden Tage war auf eine Gabe von 2 Gramm Antipyrin die Temperatur wieder gesunken, das Allgemeinbefinden verhältnissmässig gut. Am 8. December klagte Patientin über heftige Magenschmerzen, die sich

erst gegen Ende des Monats besserten, die Magengegend war auf Druck sehr empfindlich. Die Erscheinungen an der Haut und Schleimhaut traten noch immer auf, jedoch in der letzten Zeit nicht mehr so häufig.

Am 14. Januar 1889 machte Patientin einen Selbstmordversuch. Sie trank ungefähr 100 Gr. einer $^1/_2$procentigen Sublimatlösung. Gleich nachher gestand sie ihre That ein, durch Pinseln des Rachens wurde Erbrechen hervorgerufen, und dadurch ungefähr 200 Ccm. einer schleimigen Flüssigkeit entleert. (Die chemische Untersuchung derselben ergab die Anwesenheit von Quecksilber.) Dann wurde der Magen ausgespült. Patientin klagte über heftiges Brennen im Halse und in der Speiseröhre, am 15. Januar über heftige Leibschmerzen, denen reichliche dünne Stühle folgten. Anfangs waren dieselben nicht mit Blut gemischt. Die folgenden Tage enthielten die Stuhlentleerungen sehr viel Blut, was abwechselnd bis Mitte Februar anhielt. Das Zahnfleisch zeigte dabei keine Entzündung. Später hat Patientin noch zweimal Selbstmordversuche gemacht und zwar noch einmal mit einer $1^0/_{00}$ Lösung von Sublimat. Es wurde jedoch gleich hinterher die Magenpumpe angewendet, so dass keine weiteren Vergiftungserscheinungen beobachtet wurden.

In den ersten drei Monaten des Jahres 1889 traten die Symptome an der Haut nicht mehr so häufig auf, die Verschorfungen waren seltener, schienen mehr nur die obersten Schichten der Cutis zu betreffen. An anderen Stellen bildeten sich nur Gruppen von Bläschen, welche, ohne zu verschorfen, bald abheilten.

Anfangs April klagte Patientin über sehr heftiges Herzklopfen, obschon am Herzen weder durch Percussion noch durch Auscultation etwas Abnormes nachzuweisen war. Die Körpertemperatur war nicht erhöht, die Pulsfrequenz sehr vermehrt; letztere schwankte zwischen 108 und 120, und erreichte am 23. April die Höhe von 144, dabei war der Puls klein und unregelmässig. Digitalis und Tinct. Strophanthus, welche abwechselnd gereicht wurden, hatten immer guten Erfolg. Das Herzklopfen wiederholte sich jedoch immer, und war am 16. Mai mit sehr starker Dyspnoe verbunden. Die Anfälle traten spontan zu verschiedenen Tageszeiten, besonders aber Nachts auf, und dauerten, falls keine

Tropfen gereicht wurden, die gewöhnlich schnell Linderung schafften, $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde.

Am 26. Mai Morgens erlitt Patientin plötzlich eine Hämoptöe, circa zwei Esslöffel Blut wurden ausgehustet. Die Untersuchung der Lungen, welche früher sehr häufig vorgenommen war, aber keine abnormen Zustände ergeben hatte, liess jetzt über der rechten Lungenspitze kürzeren Schall als links nachweisen, dort fand sich auch unbestimmtes Athmen und Rasselgeräusche. Die blutigen Sputa enthielten Tuberkelbacillen in geringer Zahl. In den folgenden Tagen wiederholte sich die Hämoptöe häufig, die Temperatur schwankte zwischen 38° und 40°, Puls 90—110. Patientin war sehr schwach. Allmälig hörte der blutige Auswurf auf, das Fieber nahm ab, so dass Patientin am 21. Juni sich in den Garten begeben konnte. Während dieser Zeit waren keine neuen Symptome der früheren Erkrankung beobachtet worden. Sie traten jedoch am 27. Juni an verschiedenen Stellen des Körpers entweder als Verschorfungen oder als Bläschengruppen wieder auf; auch am Gaumen zeigten sich wieder Bläschen. Am 25. Juli Abends erlitt Patientin wieder einen Blutsturz, es wurde über ein halbes Liter Blut ausgehustet, die linke Lungenspitze zeigte auch Dämpfung und Rasselgeräusche. Der Auswurf enthielt viele Tuberkelbacillen. Von da ab wiederholten sich die Blutstürze von Zeit zu Zeit und es stellte sich wieder Fieber ein. Patientin wurde immer schwächer, es entwickelte sich am Kreuzbein ein Decubitusgeschwür, welches sich schnell vergrösserte. Am 28. August traten Delirien auf und Patientin erlag der Tuberculosis pulmonum am 4. September Morgens $5^1/_2$ Uhr.

Die Section wurde am selben Morgen 10 Uhr durch Herrn Collegen Professor Dr. Ribbert ausgeführt.

Sie ergab: In den Meningen des Rückenmarkes nichts Abnormes. Makroskopisch auf Schnittflächen des Rückenmarkes nichts Auffallendes; Rückenmark anämisch. An der Basis und Convexität des Gehirnes an Häuten und Gefässen keine Abnormitäten. Seitenventrikel nicht erweitert, in denselben etwas klare, gelbliche Flüssigkeit. Ependym leicht granulirt, etwas verdickt, Kleinhirn gut consistent, wenig bluthaltig. Hemisphären von guter Consistenz und Blutgehalt, ohne Herderkrankungen. Centrale Ganglien derb und blass. Pons und Medulla derb, gut bluthaltig. Dura

der Basis glatt, glänzend, Sinus enthalten dunkelrothes Blut. Stark abgemagerter Körper, graues Colorit der Haut, zahlreiche Narben, die sich nur wenig erheben. Eine Narbe auf der Brust ist von zahlreichen unregelmässig weiten Gefässen durchzogen. Dünndarm eng, in der Bauchhöhle einige Tropfen gelblicher Flüssigkeit. Zwerchfell beiderseits an der vierten Rippe, Leber am Rippenbogen. Im Herzbeutel klare Flüssigkeit mit einigen Fibrinflocken. Aus den Vorhöfen fliesst viel Blut; Musculatur R blass, gut entwickelt, Klappen R unverändert; auch L Musculatur sehr blass, gleichmässig hell, Klappen ebenfalls unverändert. L Lunge hinten und an der Spitze verwachsen, sehr gross und sehr schwer; auf der Pleura zarter fibrinöser Belag, die des Unterlappens zeigt Ecchymosirung. Im Oberlappen findet sich am stumpfen Rande ein System communicirender, höchstens erbsengrosser Höhlen, mit grösstentheils glatten Wandungen, einzelne jedoch verkäst; zwischen denselben und in denselben liegen einzeln und gruppenweise graue Knötchen; im Unterlappen mässig zahlreiche miliare Tuberkel; in der Spitze ein nussgrosser Herd central communicirender Hohlräume, in ihrer Peripherie graue Knötchen. R Lunge fest verwachsen, sehr gross und schwer. An der Spitze des Oberlappens schiefrige Induration, in deren Bereich die Bronchien stark dilatirt sind. Die übrige Lunge ist durchsetzt mit buchtig erweiterten Bronchien; in die einzelnen Höhlen springen vielfach graue Knötchen vor; auch sonst zwischen lufthaltigem Lungengewebe zahlreiche Knötchen. Milz aufs Doppelte bis Dreifache vergrössert, ziemlich derb, Pulpa grauroth, Follikel zahlreich, etwas verwaschen, Trabekel undeutlich, Jodreaction zweifelhaft. L Niere entsprechend gross, glatt. Kapsel leicht abziehbar. Schnittfläche sehr blass; mit Jod färben sich die Glomeruli sehr deutlich. R Niere ebenso gross, Kapsel ist leicht abzuziehen, sonst ebenso wie L. Im Magen viel gelbgrünliche Flüssigkeit, Schleimhaut ist blass, fleckenweise leicht geröthet, glatt; ebenso die des Duodenum. Die Gallenblase ist fast leer, enthält einen kirschkerngrossen dunklen Gallenstein. Die Leber ist entsprechend gross, Serosa glatt. Auf der Schnittfläche ist sie wenig bluthaltig, die acinöse Zeichnung sehr deutlich: Peripherie hellgrau, Centrum dunkel. Amyloidreaction zweifelhaft. Die Schleimhaut des Dünndarmes ist ecchymotisch injicirt, vollkommen glatt,

die des Dickdarmes glatt, fleckenweise geröthet. Harnblase enthält hellen, klaren Harn, ihre Schleimhaut ist blass und glatt. Der Uterus ist klein, die Ovarien derb, mit einigen Narben. R Vena femoralis, enthält gleich oberhalb des Ligamentum Poupartii beginnend, bis einige Centimeter unterhalb desselben einen grauen, der Wand anklebenden, central erweichten Thrombus. Gleich oberhalb und unterhalb desselben enthält das Gefäss flüssiges Blut. Auch die L Vena femoralis ist durch einen ähnlichen Thrombus verschlossen. Die Schilddrüse ist vorhanden, von entsprechender Grösse, ohne Abnormitäten. Am Hals einige Lymphdrüsen, trocken verkäst, theilweise verkalkt.

Herr College Professor Dr. Ribbert hatte die Güte, das Rückenmark und ausgeschnittene Nerven histologisch zu untersuchen. Die Untersuchung ergab auch keine pathologischen Veränderungen.

Betrachten wir nochmals den Verlauf der langen Krankheit. Nach dem Stiche mit der Nadel unter dem linken Daumennagel erschienen schon am folgenden Tage zwei kleine gangränöse Stellen der Haut an der ersten Phalanx. Centralwärts fortschreitend hielt sich die Erkrankung erst im Bereiche des Plexus cervicobrachialis derselben Seite, um aber später sich über die ganze Haut, und am spätesten auf die sichtbaren Schleimhäute zu verbreiten. Die von der Erkrankung gesetzten Symptome waren lange Zeit nur Verschorfungen, welche mehr oder weniger tief die Cutis einnehmen. Nach Abstossung der Schorfe granulirten die Wunden und vernarbten, Anfangs dick keloidartige, später glatte Narben hinterlassend. Erst ungefähr 21 Monate nach dem Beginn der Erkrankung wurden an Stelle der gangränösen Stellen vollständige Bläschengruppen beobachtet, welche in ihrem Auftreten mit den Verschorfungen wechselten. Noch in viel späterer Zeit wurden bis zu handtellergrosse Blasen beobachtet, welche von kleineren Bläschen umgeben waren. An den grossen Blasen liess sich die Entstehung durch Confluiren kleinerer Blasen nachweisen. Auch die Blasenbildung wechselte in ihrem Auftreten mit den Bläschengruppen und den Verschorfungen, welche letztere jedoch die häufigeren Erscheinungen blieben. Die mikroskopische Untersuchung dieser Verschorfungen hatte schon, ehe Bläschenbildung klinisch beobachtet wurde, die Bläschen als Primär-

efflorescenzen der Erkrankung nachgewiesen. Ich verweise auf meinen früheren Aufsatz S. 169. Die Bläschen kamen nicht so weit zur Entwicklung, dass sie klinisch beobachtet werden konnten, weil die befallenen Stellen sofort von Gangrän ergriffen wurden. Erst später konnten durch die klinische Beobachtung die Primärefflorescenzen in Form von Bläschen, die gruppenweise auftraten, nachgewiesen werden. Ich erinnere hier an die Bläschengruppen im Gesichte, welche das Bild eines Herpes facialis bilateralis gaben. Der Exsudationsprocess in der Cutis wurde bisweilen so gross, dass später statt der Bläschen auch Blasen auftraten und durch Zusammenfliessen ganz grosse Blasen bildeten. Erst nachdem fast die ganze Hautoberfläche befallen war, traten dann auch Erscheinungen an den Schleimhäuten auf. Zuerst wurde ein kleiner umschriebener Schorf mit rothem Hofe an dem Lig. glosso-epiglotticum, dann von da ab die häufig recidivirende Bläschenbildung und oberflächliche Verschorfung des Rachens, weichen und harten Gaumens gesehen. Zuletzt zeigten sich ähnliche Symptome an der Schleimhaut der äusseren Geschlechtstheile, die ebenfalls mehrmals recidivirten. Einmal erkrankte auch die Conjunctiva. Ob auch andere Schleimhäute befallen wurden, lässt sich nicht genau feststellen. Die heftigen Magenschmerzen, an denen die Patientin gelitten hatte, könnten auf ähnliche Processe in der Magenschleimhaut zurückgeführt werden. Die Section hat jedoch dafür keine Anhaltspunkte, insbesondere keine Narben in der Magenschleimhaut aufgewiesen. Möglich ist auch, dass ähnliche Erkrankungen des Lungenepithels die Eingangspforte für die Tuberkelbacillen abgaben. Alle diese Symptome hatten das Gemeinschaftliche, dass sie sich sehr schnell bildeten; der Erkrankungsherd zeigte nie ein peripherisches Fortschreiten. Was nun die weiteren Complicationen der Erkrankung betrifft, so ist hervorzuheben, dass die grösseren Schübe derselben immer mit Fieber verliefen, welches erst nach vollendeter Eruption nachliess. Merkwürdig ist, dass die Patientin trotz dieser wiederholten Fieberanfälle und der Langwierigkeit der Erkrankung lange Zeit so wenig an Kräften abnahm. Sie war bei ihrer Aufnahme ein üppiges, kräftiges Mädchen, deren innere Organe keine Abnormitäten nachwiesen, nur erschien sie in geringem Grade anämisch. In meinem früheren Bericht habe ich schon erwähnt, dass die

Patientin ein wenig begabtes, sensibles Mädchen war, welches im Sommer 1884 vor der Nagelverletzung an einem Darmkatarrh mit wiederholten hysterischen Krämpfen gelitten hatte. Den häufigen Wechsel in ihren Stimmungen hatte ich gleichfalls dort schon hervorgehoben. Störungen der Sensibilität haben sich in der langen Zeit der Beobachtung trotz häufiger Untersuchung nicht nachweisen lassen. Die Haut war besonders an den befallenen Stellen hyperästhetisch, eine Herabsetzung der Sensibilität war nicht zu constatiren. Bezüglich der Reflexe liess sich keine Störung nachweisen, die Menses waren sehr unregelmässig, blieben häufig lange aus und waren immer spärlich. Patientin litt häufig an hartnäckigen Kopfschmerzen. Erst in der späteren Zeit der Beobachtung traten heftige nervöse Störungen auf. Patientin verfiel häufig in sehr grosse Aufregung, in welcher sie Möbel zerschlug und Selbstmord versuchte. Sie litt häufig an sehr heftigem Herzklopfen mit stark vermehrter Pulsfrequenz, ohne dass eine Abnormität am Herzen nachweisbar gewesen wäre. Die Section ergab auch eine normale Beschaffenheit des Herzens. Das Ende führte eine acut verlaufende Tuberculosis pulmonum herbei.

Was nun die Therapie betrifft, die ich bis jetzt nicht berücksichtigt habe, so war sie hauptsächlich nur eine symptomatische, besonders wurde immer auf aseptischen Verlauf der Wunden gehalten. Alle möglichen Mittel, die ich in der langen Beobachtungszeit anwandte, haben keinen Einfluss auf den Verlauf des Processes gezeigt. Nur die Anwendung der antiseptischen Umschläge (am meisten wurde Sublimat dazu verwendet) scheint wenigstens den Nutzen gehabt zu haben, dass eine Infection der zahlreichen Wunden vermieden wurde und die Keloide sich nicht mehr bildeten. Die vor der Aufnahme in die Klinik vorhandenen Keloide wurden zuletzt flacher und weich.

In meinem ersten Berichte habe ich die bis dahin in der Litteratur verzeichneten Fälle, welche eine Analogie mit dem unserigen zeigen, schon mitgetheilt. Seit der Zeit hat zuerst Kopp[1]) über einen neuen Fall berichtet, der jedoch nicht eine solche Ausbreitung der Krankheit aufweist, wie der meine; in der Zeit von

---

[1]) Münchener med. Wochenschr. 1886, Nr. 38, ref. dieses Archiv. 86, pag. 878.

$1^1/_2$ Jahren waren bei dem 25jährigen Mädchen nur 15 erkrankte Hautstellen, in Gruppen vertheilt an der linken Brust, am linken Vorderarm und am linken Oberschenkel entstanden. Kopp erklärt, wie ich den meinen, seinen Fall für einen Herpes Zoster gangraenosus; da jedoch in seinem Fall jede Spur von Bläschen makroskopisch fehlte (er hatte nicht Gelegenheit gehabt, frische Plaques zu excidiren und histologisch zu untersuchen), so hielt er es für zweckmässig, das eigenthümliche Krankheitsbild als multiple neurotische Hautgangrän zu bezeichnen. Routier[1]) stellte in der Société de chirurgie in Paris ein junges Mädchen vor, welches in Folge eines Panaritiums am Rücken der Hand und des Vorderarmes zahlreiche gangränöse Plaques bekommen hatte, welche später sich auch auf den oberen Theil des Thorax ausgebreitet hatten. Er nimmt als Ursache eine allgemeine Neurose an. Weitere Notizen habe ich über den Fall nicht finden können. Kaposi[2]) berichtet über 4 Fälle, welche Efflorescenzbildung in Form von gruppirten Knötchen und Bläschen, Verschorfung an deren Basis und cyklischen Verlauf zeigten und — einen Fall ausgenommen — hysterische Mädchen betrafen. Er führt diese Fälle als Zoster gangraenosus recidivus atypicus et hystericus an. In der Discussion welche dem Vortrage von Kaposi über Zoster-Epidemien und Aetiologie des Zoster mit Demonstrationen seiner schönen Abbildungen dieser Fälle auf dem I. Congress der Deutschen dermatologischen Gesellschaft[3]) folgte, habe ich hervorgehoben, dass ich schon in dem früheren Berichte meinen Fall als Herpes Zoster gangraenosus, welcher atypisch verlaufend in seinen Recidiven allmälig den ganzen Körper befallen hatte, beschrieben habe. Neisser sprach sich in Bezug auf diesen Fall dahin aus, dass derselbe in seiner atypischen Localisation ihm nicht mehr so unerklärlich wie früher erscheine, nachdem er selbst eine dem Zoster-Typus absolut analoge nervöse Gangrän zu beobachten Gelegenheit hatte. Alle die Erscheinungen, welche in meinem Falle in anscheinend regelloser Vertheilung sich herausbildeten, seien in

[1]) Semaine méd. 1888, pag. 416 und 428.

[2]) Dieses Archiv, 1889, pag. 561 und Wiener med. Wochenschr. 1889. Nr. 10.

[3]) Verhandlungen dieses Congresses, 1889, pag 65 ff.

seinem Falle unter dem Bilde eines typisch localisirten chronischen Zoster aufgetreten, so dass sein Fall als eine Stütze meiner Auffassung gelten könne.

Van Haren Noman[1]) beschreibt in seinem photographischen Atlas noch einen hierher gehörigen Fall bei einem 18jährigen nervösen Mädchen, welches an Hysterie mit epileptiformen Anfällen litt. Patientin soll im 8. Lebensjahre an einem Zoster facialis dexter gelitten haben; im 14. Jahre kehrte das Exanthem zurück und zwar auf dem Manubrium sterni in Form von Verschorfungen, die Ulcerationen hinterliessen. Aehnliche Erscheinungen waren von da ab auf der Brust, dem linken Oberschenkel, dem Unterleib, der Leistengegend, später am linken Knie. Bei der Patientin sollen die Erscheinungen auf der Haut mit den hysterischen Anfällen gewechselt haben. Sobald die Anfälle auftraten, heilten die Schorfe und Ulcerationen schnell, um wieder zu erscheinen, wenn die Anfälle aufhörten. Als Patientin sich zuletzt vorstellte, waren nur Narben zu sehen, die epileptiformen Anfälle sollten in der letzten Zeit minder schwer gewesen sein und kürzere Zeit als früher gedauert haben. Patientin ist später nicht mehr erschienen. Van Haren Noman schliesst sich meiner Auffassung über das Wesen der Erkrankung an und betrachtet solche Fälle als Herpes Zoster gangraenosus recidivus oder als Herpes Zoster universalis.

Unser Fall zeichnet sich vor den analogen Fällen durch die grosse Ausbreitung über die ganze Haut, durch die häufigen Recidive, welche während der 5jährigen Dauer der Krankheit nur kurze Zeit fehlten und besonders dadurch aus, dass die Schleimhäute auch von dem Processe ergriffen waren, was in keinem anderen Falle hervorgehoben ist. In den Fällen von Kaposi kamen neben den Verschorfungen die Primärefflorescenzen als Bläschen und Knötchen in Gruppenform hervor. In den übrigen Fällen werden Bläschen nicht erwähnt, nur Neumann[2]) beobachtete einmal an der Peripherie des gangränösen Fleckes Bläschenbildung und sprach die Vermuthung schon aus, dass die Schorfe vielleicht dem Herpes Zoster gangraenosus analog seien. In meinem

---

[1]) Casuistique et diagnostic photographique des maladies de la peau, 1ère livraison.

[2]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1882, pag. 540 und Atlas.

Falle waren bis zur ersten Veröffentlichung Bläschengruppen nicht zu beobachten gewesen, ich konnte den Beginn derselben nur histologisch nachweisen; erst fast 2 Jahre nach Beginn der Erkrankung fanden sich abwechselnd mit den Verschorfungen die charakteristischen Herpesbläschengruppen und später auch Gruppen von Blasen. Ich glaube, wir werden aber diese Fälle zum Herpes Zoster gangraenosus rechnen müssen, wie es Kopp und van Haren Noman nach meinem Vorgange für ihre Fälle gethan haben. Die Bilder, welche die Verschorfungen in den genauer beschriebenen Fällen geben, sind denen meines Falles ähnlich, und erlauben deshalb wohl dieselbe Erklärung ihrer Entstehung wie in dem meinen. Weitere histologische Untersuchungen frischer Plaques in später zu beobachtenden Fällen werden das entscheiden müssen.

Die Acuität beim Auftreten der Schorfe, welche sich nicht peripherisch verbreiten, und die Configuration derselben, ihr weiterer Verlauf, sind in allen Fällen, auch in denen von Kaposi, gleich. In letzteren treten jedoch die Primärefflorescenzen zu gleicher Zeit mit den Verschorfungen auf. Mein Fall beweist, dass an Stelle dieser charakteristische Herpesgruppen auftreten können, wenn auch spät. Wären die übrigen Fälle auch so lange beobachtet worden, so würde vielleicht dasselbe gesehen worden sein.

Von dem typischen Herpes unterscheiden sich diese Fälle besonders durch das in Bezug auf die anatomische Vertheilung atypische Auftreten der Plaques und die Recidive, welche jedoch seit Bekanntwerden der 13 Recidive in dem Kaposi'schen Falle nicht so auffallend sind. Alle bis jetzt veröffentlichten Krankengeschichten betreffen mit Ausnahme des einen Falles von Kaposi junge Mädchen von denen berichtet wird, dass sie nervös oder hysterisch waren. Wir können also die Affection nach Kaposi als auf hysterischer Grundlage beruhende, vasomotorische oder trophoneurotische Störung betrachten und den von demselben gegebenen Namen Zoster gangraenosus hystericus atypicus recidivus annehmen. In meinem Falle wäre noch universalis hinzuzufügen.

Die Section in meinem Falle hat keine weitere Aufklärung gegeben. Wir müssen daher annehmen, dass Reize, welche von den Nerven der Peripherie ausgehend, auf reflectorischem Wege oder direct die vasomotorischen Centren der Haut in Rückenmark

oder Gehirn treffen, die Erscheinungen hervorrufen. Ob das Trauma in meinem Falle den ersten Anstoss zur Erkrankung gegeben hat, erscheint in Anbetracht des Beginnes der Erkrankung am Tage nach der Verletzung nicht unwahrscheinlich, wie ich es früher schon hervorhob. Kopp berichtet, dass seine Patientin ungefähr 5 Jahre vor der Erkrankung eine Verbrennung der linken Hand erlitten hatte, welche mit zahlreichen, eine stete Tendenz zu Ulcerationen zeigenden Keloiden heilte. Die Patientin von Routier zeigte die gangränösen Plaques an der Hand und Vorderarm im Anschluss an ein Panaritium.

Die venerischen Krankheiten in den Armeen.

Von

Dr. Robert Töply,

k. und k. Regimentsarzt, Gardearzt in Seiner Majestät Erster Arcieren-Leibgarde in Wien.

I. Theil.

Statistik der venerischen Krankheiten.

(Schluss.)

Deutschland.

Begrenzung der Armee-Corps.

Zum Verständniss des Folgenden geben wir eine kurze Uebersicht der Armee-Corps-Bezirke auf Grundlage der Daten in dem Werke des Herzogs Dr. Carl Michael von Mecklenburg-Strelitz: „Die Statistik des Militär-Ersatzgeschäftes im deutschen Reiche" (Leipzig, 1887).

I. Armee-Corps, preussisch.

Preussische Regierungs-Bezirke Königsberg, Gumbinnen. Theil des pr. Reg.-Bezirkes Danzig (Kreise: Stadtkreise und Landkreise Danzig und Elbing, Kreis Marienburg in West-Preussen, s. II.). Theil des pr. Reg.-Bezirkes Marienwerder (Kreise: Stuhm, Marienwerder, Rosenberg in W.-Pr., Löbau, Strassburg, Thorn, Kulm, Graudenz, s. II.).

II. Armee-Corps, pommerisch.

Pr. Reg.-Bezirke: Stettin, Köslin, Stralsund, Bromberg. Theile des pr. Reg.-Bezirkes Danzig (Kreise: Pr.-Stargard, Berent, Karthaus, Neustadt in W.-Pr., s. I.). Theil des pr. Reg.-Bezirkes Marienwerder (Kreise: Schwetz, Konitz, Schlochau, Flatow, Deutsch-Krone, Tuchel, s. I.).

III. Armee-Corps, brandenburgisch.

Pr. Reg.-Bezirke: Potsdam mit Berlin, Frankfurt.

IV. Armee-Corps, magdeburgisch.

Pr. Reg.-Bezirke: Magdeburg, Merseburg, Erfurt. Herzogthümer Sachsen-Altenburg, Anhalt. Fürstenthümer Schwarzburg-Rudolstadt und -Sondershausen, Reuss älterer und jüngerer Linie.

V. Armee-Corps, posenisch.

Pr. Reg.-Bezirke: Posen, Liegnitz.

VI. Armee-Corps, schlesisch.

Pr. Reg.-Bezirke: Breslau, Oppeln.

VII. Armee-Corps, westphälisch.

Pr. Reg.-Bezirke: Münster, Minden. Theile der pr. Reg.-Bezirke: Arnsberg (Kreise: Lippstadt, Soest, Hamm. Stadt und Landkreise: Dortmund, Bochum. Landkreise: Hagen, Iserlohn. s. XI.) und pr. Reg.-Bezirk Düsseldorf (Kreise: Cleve, Rees, Stadtkreis Krefeld, Landkreis Krefeld, Stadtkreise Duisburg und Essen, Landkreis Essen, Mörs, Geldern, Stadt- und Landkreis Düsseldorf, Stadtkreis Elberfeld, Stadtkreis Barmen, Mettmann, Lennep, Solingen, Mühlheim a. Ruhr. s. VIII.). Fürstenthümer Schaumburg-Lippe und Lippe.

VIII. Armee-Corps, rheinisch.

Pr. Reg.-Bezirk: Koblenz (ohne Kreis Wetzlar. s. XI.), Köln, Trier, Aachen, Sigmaringen, Theil des pr. Reg.-Bezirkes Düsseldorf (Kreise: Kempen, Neuss, Grevenbroich, Gladbach. s. VII.). Oldenburgisches Fürstenthum Birkenfeld.

IX. Armee-Corps, schleswig-holsteinisch.

Pr. Reg.-Bezirke: Schleswig. Pr. Landdrostei-Bezirk Stade. Grossherzogthümer Mecklenburg-Schwerin und -Strelitz. Oldenburgisches Fürstenthum Lübeck. Freie und Hanse-Städte: Lübeck, Bremen, Hamburg.

X. Armee-Corps, hannoverisch.

Pr. Landdrostei-Bezirke: Hannover, Hildesheim, Lüneburg, Osnabrück, Aurich. Pr. Kreis Rinteln (s. XI.). Oldenburgisches Herzogthum Oldenburg. Herzogthum Braunschweig.

XI. Armee-Corps, hessen-nassauisch.

Pr. Reg.-Bezirke: Cassel (ohne Kreis Rinteln. s. X.), Wiesbaden. Theil des pr. Reg.-Bezirkes Arnsberg (Kreise: Arnsberg, Meschede, Brilon, Altena, Olpe, Siegen, Wittgenstein, s. VII.). Pr. Kreis Wetzlar (s. VII.). Grossherzogthum Sachsen-Weimar. Herzogthümer: Sachsen-Meiningen und Sachsen-Coburg-Gotha. Fürstenthum Waldeck.

25. Division: Grossherzogthum Hessen, hessisch.

XII. Armee-Corps, sächsisch.

Königreich Sachsen.

XIII. Armee-Corps, württembergisch.

Königreich Württemberg.

XIV. Armee-Corps, badisch.

Grossherzogthum Baden.

XV. Armee-Corps, elsass-lothringisch.

Elsass-Lothringen.

I. Bayerisches Armee-Corps.

Bayer. Reg.-Bezirke: Oberbayern, Niederbayern, Schwaben. Theile des bayer. Reg.-Bezirkes Oberpfalz (Stadt Regensburg und Bezirksämter Cham, Beilngries, Regensburg, Stadtamhof, Parsberg). Theile des bayer. Reg.-Bezirkes Mittelfranken. (Städte: Dinkelsbühl, Eichstädt, Schwabach, Weissenburg, Bezirksämter Dinkelsbühl, Eichstädt, Feuchtwangen, Gunzenhausen, Hippoltstein, Schwabach und Weissenburg.)

II. Bayerisches Armee-Corps.

Bayer. Reg.-Bezirke Pfalz, Oberfranken, Unterfranken. Theile der bayer. Reg.-Bezirke Oberpfalz und Mittelfranken (d. i. die Regierungs-Bezirke mit Anschluss der im I. bayer. Armee-Corps genannten Theile).

Zur Orientirung über diese etwas complicirte Eintheilung empfiehlt sich die sehr übersichtliche Garnisons-Karte der deutschen Armee. 7. Aufl. Leipzig. Verlag von Moritz Ruhl. 1889. Preis 1 Mark.

Man wird sich aus derselben sofort klar über die höchst verwickelten Grenzverhältnisse des IV. und XI. Armee-Corps. In den von uns wiedergegebenen 2 Kartenskizzen (Taf. 1) wurden solche Details nicht berücksichtigt, da sie für das Wesen der darzustellenden Verhältnisse von untergeordneter Bedeutung sind.

Die venerischen Erkrankungen.

Wenn im Folgenden hauptsächlich die Periode 1873 bis 1882 berücksichtigt wird, so geschieht dies aus jenem im Vorworte zu dem officiellen statistischen Sanitäts-Bericht für 1884 erwähnten Grunde. Mit dem Rapportjahre 1881/82 schliesst nämlich eine Berichtsperiode ab, welche 9 Jahre umfasst und durch die Aufnahme der Garnisons-Statistik, sowie durch die Einführung der Kategorie der „Schonungskranken“ gekennzeichnet war. Der Bericht will diese Periode als in sich vollkommen abgeschlossen zur Basis und zum Vergleichspunkte für die zukünftigen Morbiditätsverhältnisse erhoben wissen, eine Anschauung, deren Sinn wir uns vollkommen anschliessen. Man vergleiche die Zahlentabelle 26.

Demnach betrug die Iststärke der Armee 1873 bis 1882 im

Tabelle 26.

Rapport-Jahr	Iststärke	Zugang an venerischen Erkrankungen		Behandelte vener. Erkrankungen	Die venerischen Erkrankungsformen in ‰ der Iststärke			Behandlungstage für				
		absolut	in ‰ der Iststärke		Gonorrh.	Schanker	Syphilis	alle Fälle	jeden Fall	gonorrhoische Affectionen	schankr. Affectionen	syphilitische Affectionen
1873/74	298.876	11.480	38·4	12.442	19·9	18·6	10·0	348.740	28·0	.	31·9	.
1874/75	311.609	9.837	31·6	10.696	14·6	8·7	8·2	318.734	29·8			
1875/76	327.254	9.416	28·8	10.150	14·6	7·8	6·4	289.696	28·5	22·8	32·4	35·4
1876/77	330.646	9.920	30·0	10.622	15·9	7·9	6·1	295.305	27·8			
1877/78	327.271	11.794	36·0	12.542	19·2	9·4	7·4	341.392	27·2			
1878/79	327.298	12.615	38·5	13.607	19·7	9·8	9·1	392.040	28·8	23·8	32·1	35·9
1879/80	330.430	11.519	34·9	12.549	.	.	8·9	357.546	28·3	.	32·4	.
1880/81	331.747	13.020	39·2	13.790	.	.	10·2	385.828	28·0	.	31·3	.
1881/82	355.794	14.574	41·0	15.567	20·3	10·4	10·2	439.090	28·2	23·8	31·2	33·8
1882/83	.	.	36·4	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1883/84	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
1884/85	.	.	32·8	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Mittel 326.769 Mann. In Zuwachs kamen im Ganzen 104.275, im Mittel jährlich 11.575 venerische Erkrankungen. Im Verhältniss zur Iststärke kamen unter je 1000 Mann jährlich 35·4 venerische Erkrankungen vor. Dieses Verhältniss ist jedoch bedeutenden Schwankungen, und zwar zwischen 28·8 bis 41·0 unterworfen. Vom Jahre 1875, wo es am geringsten war, nahmen die venerischen Erkrankungen rasch zu bis 1882, wo sie jenes Maximum erreichten, um dann wieder abzufallen. Unter allen Erkrankungen nahmen die venerischen im Mittel 57‰ in Anspruch.

Tabelle 27.

Unter jenen 11.575 jährlich in Zugang genommenen venerischen Affectionen befanden sich:

Venerische Erkrankungen	Absolute Zahl	In ‰ der Kopfstärke	In ‰ aller venerischen Erkrankungen
Gonorrhoische	5783	17·7	499·6
Schanköse	3018	9·2	260·7
Syphilitische	2774	8·5	239·7

Es nahmen also die Tripperfälle beinahe die Hälfte, die schankrösen (weicher Schanker, Bubo) und syphilitischen je etwa ein Viertel aller venerischen Erkrankungen in Anspruch.

Im k. k. Heere hatten wir das Verhältniss folgendermassen:

gonorrhoische . . 463‰
schankröse . . . . 273 „
syphilitische . . . 263 „

(s. das Capitel über die einzelnen Erkrankungsformen). Es waren also die einzelnen venerischen Erkrankungsformen in beiden Armeen im ziemlich gleichen gegenseitigen Verhältnisse vertreten. In der preussischen Armee nahm die Syphilis unter den zugegangenen Fällen 8·5‰ in Anspruch. Im k. k. Heere betrug der durchschnittliche Verpflegsstand im Mittel der Jahre 1870 bis 1885 jährlich 261.528 Mann und die Zahl der syphilitischen Affectionen:

harte Geschwüre 1413
allgemeine Syphilis . . . 3081
Zusammen . 4494

Demgemäss hatten die syphilitischen Affectionen allein 17·1 ‰ des Verpflegsstandes ergriffen. Es würde dies, wenn der Verpflegsstand des k. k. Heeres der Iststärke gleichkommen würde, für das k. k. Heer eine doppelt so starke Verbreitung der Syphilis bedeuten. Da jedoch die im Verhältniss zur Iststärke berechneten Raten niedriger sind, so dürfte sich jenes Verhältniss der Syphilis in beiden Armeen nicht wie 8·5 : 17·1 = 1 : 2, sondern niedriger stellen, vielleicht wie 2 : 3, auf jeden Fall ist jedoch die Rate für das k. k. Heer höher, die Syphilis daselbst stärker verbreitet, als in der k. preussischen Armee.

Mit Einbezug des Bestandes der von einem Rapportjahre zum anderen in Behandlung Verbliebenen war laut Zahlentabelle 26 die Zahl der behandelten venerischen Fälle in 9 Jahren 111.965 mit 3,168.371 Behandlungstagen. Es beanspruchte demgemäss jede venerische Erkrankung im Mittel eine Behandlungsdauer von 28·2 Tagen. Im k. k. Heere betrug die mittlere Behandlungsdauer in 16 Jahren für jeden Fall 36 Tage. Während sie also hier 5 Wochen betrug, genügten in der preussischen Armee nur 4 Wochen.

Die Schwankungen der Behandlungsdauer sind unbedeutend gewesen. Sie bewegen sich zwischen 28·0 und 29·0 Tagen, im k. k. Heere zwischen 28·5 und 40·8 Tagen. Die Behandlungsdauer ist also im preussischen Heere stabiler. Man wird sofort sehen, worin dieser augenscheinliche Unterschied zu Gunsten des preussischen Heeres gelegen ist. Wie gesagt, betrug die Behandlungsdauer im k. k. Heere im Mittel für:

Tripper	28·1 Tage	im Mittel für syphilitische Affectionen 41·0 Tage.
weiche Geschwüre	33·2 „	
harte Geschwüre	39·9 „	
constitutionelle Syphilis . .	42·2 „	

Für die preussische Armee stellt sich die Behandlungsdauer nach der Zahlentabelle 26 für

gonorrhoische Affectionen	23·2	Tage
schankröse „	31·8	„
syphilitische „	35·0	„

Demgemäss ist die Behandlungsdauer des einzelnen Falles in der preussischen Armee kürzer für

gonorrhoische Affectionen um 4·9 Tage
schankröse „ „ 1·4 „
syphilitische „ „ 6·0 „

Daraus folgt, dass die kürzere Behandlungsdauer in der preussischen Armee wesentlich auf Seite der Syphilis, dann der gonorrhoischen Affectionen liegt. Es fehlt uns dafür momentan eine andere Erklärung, als anzunehmen, dass die Syphilis und Tripper in der preussischen Armee bedeutend milder auftreten, als im k. k. Heere.

Oertliche Verbreitung.

Im Vorigen konnte ein Vergleich zwischen der k. preussischen Armee und dem k. k. Heere gezogen werden, weil über beide gleich treffliche statistische Berichte vorliegen. Gewisse Capitel, welche beim k. k. Heere ausführlicher auseinandergesetzt wurden, können bei der preussischen Armee leider nicht verfolgt werden, weil deren statistische Berichte nur auf dem Principe der Territorialeintheilung basirt sind. Ueber die örtliche Verbreitung der Krankheiten sprechen sie sich allerdings sehr ausführlich und gründlich aus, ein Umstand, welcher äusserst schätzenswerthe Daten liefert.

Aus der nachstehenden Scala (Tabelle 28), welche die venerischen Erkrankungen im Mittel der Jahre 1873 bis 1882 in ‰

Tabelle 28.

‰	Armee-Corps-Bezirke	
24·5	X	hannoverisch
25·5	XI	hessen-nassauisch
26·2	VII	westphälisch
26·6	XIII	württembergisch
30·0	VIII	rheinisch
30·5	XIV	badisch
31·4	IV	magdeburgisch
32·4	II	pommerisch
34·2	IX	schleswig-holsteinisch
36·7	III	brandenburgisch
41·8	V	posnisch
42·1	I	preussisch
50·3	VI	schlesisch
50·3	XV	elsass-lothringisch

der Iststärke darstellt (vergleiche dazu und zu dem Folgenden die Zahlentabelle 29) ersieht man, dass sich die venerischen Erkrankungen in den einzelnen Militär-Territorial-Bezirken sehr verschieden verhalten. Sie schwanken zwischen 25·5‰ und 50·3‰ der Iststärke, also um das Doppelte. Die Differenz beträgt 25·8‰. In

Tabelle 29.

		Zugegangen im Durchschnitt von 1873/82			
für		an Venerie überhaupt	an Syphilis	an Venerie überhaupt	an constitut. Syphilis
		‰ der Iststärke		in ‰ der Gesammterkrankungen	
Armee-Corps	Garde-	43·7	8·6	60·8	12·0
	I	42·1	9·8	62·5	14·5
	II	32·4	8·0	42·8	10·5
	III	36·7	8·9	51·2	12·5
	IV	31·4	9·0	50·6	14·5
	V	41·8	10·7	63·7	16·2
	VI	50·3	13·3	76·6	20·3
	VII	26·2	6·9	60·4	16·0
	VIII	30·0	8·5	86·4	24·4
	IX	34·2	6·8	40·7	8·1
	X	24·5	5·9	33·3	8·0
	XI	25·5	6·8	56·6	15·2
	XII	.	.	.	.
	XIII	26·6	6·8	45·4	11·6
	XIV	30·5	6·9	46·7	10·6
	XV	50·3	10·0	99·7	19·7
Mittel		35·4	8·5	57·1	13·7

den Territorial-Bezirken des k. k. Heeres sahen wir sie im Verhältniss zum Verpflegsstande zwischen 32·5 bis 96·5 schwanken, das ist, sich bis auf das Dreifache erhöhen. Die Differenz betrug dort 64·0‰. Während sich also die Zahl der venerischen Krankheiten in den am wenigsten betroffenen Territorial-Bezirken zu derjenigen der am meisten heimgesuchten in der preussischen Armee wie 1 : 2 verhält, ist das Verhältniss im k. k. Heere wie 1 : 3, also bedeutend ungünstiger. Aus der Scala ersieht man ferner, dass die Armee-Corps nach der durchschnittlichen Extensität der

venerischen Erkrankungen in 4 natürliche Gruppen zerfallen, in welchen die Extensität zwischen 20 bis 29, 30 bis 39, 40 bis 49, 50 bis 69°/₀₀ der Iststärke schwankt. In der Kartenskizze Tafel 1 ist der Versuch gewagt, diese Verhältnisse darzustellen. Es erhellt daraus, dass in Hannover, Westphalen, Hessen-Nassau und Württemberg, also in jenem Landstrich, welcher zwischen der Nordsee und der Schweiz liegt, die venerischen Krankheiten in der Armee am geringsten sind. Sie nehmen jedoch zu gegen Westen an der Grenze von Belgien, nämlich in den Rheinlanden, besonders aber an der französischen Grenze in Elsass-Lothringen, von wo sie nach Baden ausstrahlen. Es ist daran deutlich der Einfluss zu erkennen, welchen die französischen Länder mit ihrer hohen Extensität venerischer Erkrankungen über die Grenze hinaus nach Deutschland üben. Gegen Osten schreitend, bemerkt man abermals eine stetige Zunahme, welche an der russischen Grenze ihren Höhepunkt erreicht. Hier sind es die Grenzländer Posen, Preussen und vor Allem Ost-Schlesien, welches von Russisch-Polen aus inficirt erscheint. Bemerkenswerth ist die starke Verbreitung in den drei Grenzländern Schlesien, Nordböhmen und Sachsen. Der gegenseitige Verkehr dieser Strecken ist ein so reger, dass eine gleichmässige Verbreitung irgendwelcher Krankheiten hier nichts Auffälliges bietet. Schwer ist es zu entscheiden, wo hier das Uebergewicht liegt. Für das k. k. IX. Corps, Josefstadt, stellt sich in den Jahren 1883 bis 1885 die Extensität der Venerie mit 85°/₀₀ des Verpflegsstandes, für das k. XII. sächsische Corps in den Jahren 1877 bis 1881 mit 73·22°/₀₀ der Iststärke jährlich. Das sind ziemlich gleichwerthige Zahlen, nicht nur gleichwerthig, sondern beide auch gleichzeitig recht hoch.

Der Zugang an venerischen Erkrankungen in den einzelnen Armee-Corps im Verhältniss zu den sämmtlichen Erkrankungen schwankt zwischen 33·3 und 99·7°/₀₀ (vergl. die Zahlentabelle 29).

Abermals sind es hier die an der Grenze nach Osten und Westen gelegenen Armee-Corps, welche die höchsten Zahlen aufweisen. Einmal die an der Grenze von Russland befindlichen I. (preussisch 62·5), V. (posenisch 63·7), VI. (schlesisch 76·6), dann die an französische Länder grenzenden VIII. (rheinisch 86·4) und XV. (elsass-lothringisch 99·7). Man sieht, dass hier die Verhält-

nisse in einzelnen Armee-Corps höchst ungünstig sich verhalten. Im Armee-Corps von Elsass-Lothringen, kommen jährlich unter je 10.000 Erkrankungsfällen 997 an Venerie vor, also beinahe 10 Procent.

Ein ähnliches Verhalten wie die venerischen Krankheiten im Allgemeinen, zeigt die constitutionelle Syphilis zu derselben Zeit (vergl. die Zahlentabelle 29).

Auch hier kann man eine Scala (Tabelle 30) aufstellen, wie dies nebenan geschah, in welcher die Armee-Corps nach dem

Tabelle 30.

‰	Armee-Corps	
5·9	X	hannoverisch
6·8	IX	schleswig-holsteinisch
6·8	XI	hessen-nassauisch
6·8	XIII	württembergisch
6·9	VII	westphälisch
6·9	XIV	badisch
8·0	II	pommerisch
8·5	VIII	rheinisch
8·9	III	brandenburgisch
9·0	IV	magdeburgisch
9·8	I	preussisch
10·0	XV	elsass-lothringisch
10·7	V	posenisch
13·3	VI	schlesisch

Verhältniss der syphilitischen Erkrankungen zur Iststärke geordnet sind. Sie zerfallen in sechs natürliche Gruppen, welche sich durch grössere Intervalle unterscheiden. Es schwankt demgemäss die Syphilis im Verhältniss zur Iststärke zwischen 5·9 und 13·3‰, ist also im VI. Corps mehr als doppelt so stark vertreten, wie im X. Einen allgemeinen Ueberblick gibt die auf Grundlage dieser Scala behandelte Kartenskizze: Tafel 1 unten.

Man sieht hier einen Streifen Landes, welcher im Westen Deutschlands gelegen, von Dänemark bis zur Schweiz sich erstreckt

und die geringste Anzahl von syphilitischen Erkrankungen aufweist. Das Minimum fällt in das hannoversche Gebiet. Dies ist umso auffallender, als gerade jenes Territorium an das gleichfalls niederdeutsche der Niederlande grenzt und in letzterem die venerischen Erkrankungen im Allgemeinen sehr extensiv auftreten. Im südlichen Theile der deutschen Westgrenze verdichten sich dann die syphilitischen Erkrankungen, offenbar unter französischem Einflusse, in Elsass-Lothringen. Ostwärts nimmt das Auftreten der Syphilis stetig und noch stärker zu als im Westen. An der russischen Grenze bildet sich dann die dichteste Accumulation, um im Süden derselben (Ost-Schlesien) den Höhepunkt zu erreichen.

Im Verhältnisse zu sämmtlichen Erkrankungen schwankt der Zugang an constitutioneller Syphilis zwischen 8·0 und 24·4$^0/_{00}$. Es ist also unter den erkrankten Soldaten die Zahl der Syphilitischen in einem Armee-Corps (VIII., rheinisch) 3mal so gross als in einem andern (X., hannoverisch). Unter den Gesammterkrankungen ist die Syphilis am stärksten vertreten im XV. (elsass-lothringisch 19·7), VI. (schlesisch 20·3) und im VIII. (rheinisch 24·4) Armee-Corps.

Aus dieser ganzen Betrachtung folgt, dass die venerischen Erkrankungen sowohl im Allgemeinen, als auch im Besonderen die constitutionelle Syphilis im Kern der deutschen Armee keinen günstigen Nährboden finden, dass deren Extensität erst in den Grenzgebieten anwächst, und zwar sehr wahrscheinlich unter dem Einflusse der angrenzenden Länder. Diese Länder sind vorzugsweise Russland im Osten, dann Frankreich und Belgien im Westen.

Noch höhere Zahlen als im Mittel für ganze Armee-Corps kommen naturgemäss in einzelnen Garnisonen vor. Die officiellen Sanitätsberichte verzeichnen das Auftreten einzelner Krankheitsformen in etwa 300 Garnisonsorten. Eine Auswahl der wichtigsten bietet die Zahlentabelle 31.

Es sind dort die venerischen Erkrankungen in 72 Garnisonen im Verhältniss zur Iststärke von deren Besatzung ausgewiesen, darunter 24 grössere Garnisonsorte. Man sieht, dass die venerischen Erkrankungen in letzteren allerdings eine ziemliche Höhe erreichen. Hervorzuheben sind Bromberg, Düsseldorf, Graudenz, Königsberg,

Tabell

	Rapport-Jahr								
	1873/74	1874/75	1875/76	1876/77	1877/78	1878/79	1879/80	1880/81	1881/82
Berlin	52·8	57	54	.	.	54·1	48·9	52·0	53
Altona Hamburg	50·3	63	69	.	.	69	45·6	56·2	63
Breslau	33	32	51	.	.	51·4	47·4	55·0	51
Bromberg	37·9	.	.	.	.	49·8	63·3	72·3	60
Cassel	22	15	29	.	.	29·2	20·9	35·7	63
Coblenz	27·1	.	.	.	.	44·6	47·4	67·1	33
Cöln-Deutz	36·3	34	51	.	.	51·7	43·9	61·4	52
Danzig	44	35	52	.	.	52·4	53·8	52·9	68
Düsseldorf	58·7	.	.	.	.	79·1	53·3	27·5	96
Graudenz	52·4	.	.	.	.	38·0	50·5	83	50
Hannover	35	28	29	.	.	39·7	38·9	48·2	61
Königsberg	36·9	30	32	.	.	32	46·4	81·6	74
Aachen	34·0	.	.	.	.	71·8	50·4	32·1	27
Aschersleben	20·0	.	.	.	.	73·5	26·6	21·2	60
Brieg	28·5	.	.	.	.	44·0	48·3	68·3	56
Cleve i. E.	19·3	.	.	.	.	11·1	9·5	13·4	129
Cosel	60·3	.	.	.	.	50·4	79·0	114·0	110
Engers	.	.	.	.	.	56·9	36·8	61·6	95
Forbach	118·1	.	.	.	.	.	.	.	.
Frankfurt a. M.	36·2	.	.	.	.	81·5	56·8	45·7	58
Geldern	15·3	.	.	.	.	6·8	16·0	113·9	17
Glatz	16·9	.	.	.	.	42·5	36·1	60·0	52
Gleiwitz	153·8	.	.	.	.	96·0	62·9	298·3	66
Gnesen	49·8	.	.	.	.	35·7	49·5	86·8	58
Görlitz	33·8	.	.	.	.	66·4	42·7	56·4	65
Hagenau	80·7	.	.	.	.	49·2	51·9	37·9	47
Halle a. S.	40·0	.	.	.	.	67·3	62·3	44·2	92
Hanau	36·0	.	.	.	.	80·4	47·6	20·7	17
Hirschberg	39·4	.	.	.	.	67·5	58·8	66·4	22
Jüterbogk	81·4	.	.	.	.	117·2	66·4	61·5	45
Königsberg N. M.	86·3	.	.	.	.	11·4	23·8	14·5	44
Kreuzburg	.	.	.	.	.	70·3	83·2	106·3	22
Krotoschin	40·3	.	.	.	.	54·6	18·9	29·4	110
Leobschütz	68·4	.	.	.	.	89·1	37·0	151·9	17
Lübeck	45·0	.	.	.	.	37·9	106·8	53·7	68
Colmar i. E.	150·1	.	.	.	.	74·5	76·6	68·7	54

Obere Abtheilung: 24 grössere Garnisonsorte.

l.

	Rapport-Jahr								
	1873/74	1874/75	1875/76	1876/77	1877/78	1878/79	1879/80	1880/81	1881/82
udwigsburg	19·0	.	.	.	.	59·1	51·7	36·9	41·2
Iagdeburg	22	33	50	.	.	50·9	40·3	46·5	32·9
Iainz	49·3	33	37	.	.	37·7	35·9	24·0	29·9
Ietz	73·7	70	49	.	.	49·0	36·4	44·1	41·3
Ieisse	45·5	.	.	.	.	71·9	57·5	64·9	82·3
osen	68·8	.	.	.	.	75·0	61·5	97·5	128·0
otsdam	19	26	40	.	.	40·5	42·6	35·1	41·9
pandau	34·0	.	.	.	.	75·3	39·0	47·8	59·2
tettin	38	27	43	.	.	43·7	43·8	36·6	44·7
trassburg	46·8	57	59	.	.	51·9	52·9	41·3	43·0
tuttgart	42·4	.	.	.	.	51·7	34·6	44·1	26·4
Ilm	15	22	13	.	.	23·9	17·3	22·5	19·9
Iemel	18·9	.	.	.	.	25·2	51·8	101·0	97·8
Iühlhausen i. Th. . .	89·1	.	.	.	.	37·0	30·7	159	47·5
Iühlhausen i. E. . .	86·2	.	.	.	.	39·4	34·3	35·7	40·1
Iünsterberg	70·6	.	.	.	.	93·0	234·9	298·7	106·1
ber-Glogau	145·0	.	.	.	.	.	.	.	.
els	108·3	.	.	.	.	48·9	80·5	69·2	52·4
snabrück	10·7	.	.	.	.	54·8	32·3	54·0	57·8
erleberg	76·3	.	.	.	.	27·9	24·3	22·8	9·3
renzlau	46·4	.	.	.	.	56·6	49·9	18·2	28·6
iesenberg	29·0	.	.	.	.	33·3	34·2	131·6	61·9
aarbrücken	27·5	.	.	.	.	82·3	64·2	85·1	33·5
aarburg	124·4	.	.	.	.	40·6	22·5	24·0	10·8
taargardt i. P. . . .	69·8	.	.	.	.	123·6	90·8	140·5	76·2
tolp i. P.	89·8	.	.	.	.	25·0	20·2	56·6	76·6
trelau	39·5	.	.	.	.	36·7	88·3	70·0	51·3
hann	130·5	.	.	.	.	.	.	.	.
ilsit	65·7	.	.	.	.	100·1	82·1	70·0	42·4
reuenbrietzen . . .	95·9	.	.	.	.	.	.	.	.
andsbeck	118·1	.	.	.	.	39·7	34·0	31·6	19·5
eimar	22·2	.	.	.	.	45·4	35·8	41·2	55·1
eissenburg	104·4	.	.	.	.	28·1	26·4	22·9	21·7
iegenhals	41·0	.	.	.	.	169·6	254·3	90·0	45·5
lm	19·0	.	.	.	.	23·9	17·3	22·5	19·9
arburg	27·1	.	.	.	.	49·0	45·9	41·9	40·8

Metz, Neisse, Posen, Spandau, wo Zahlen von 70 bis 128$^0/_{00}$ in einzelnen Jahren auftraten. In den kleineren Garnisonen finden sich jedoch bedeutend excessivere Verhältnisse. Sehr zahlreiche Fälle, wo 100$^0/_{00}$ überschritten werden, dann in Gleiwitz, Münsterberg, Ziegenhals sogar excessive Zahlen, welche sich zwischen 234·9 und 298·7$^0/_{00}$ bewegen. In Münsterberg war im Jahre 1880 bis 1881 beinahe ein Drittel der Truppen venerisch erkrankt. Im Allgemeinen ist also auch in der k. preussischen Armee wie im k. k. Heere die Thatsache festgestellt, dass die venerischen Erkrankungen bei den Truppen am Lande stärker verbreitet sind als in den Grossstädten, und dass sie dort zu einem bedeutend excessiven Auftreten hinneigen. Unter besonderen Verhältnissen treten sie in einzelnen Garnisonen der preussischen Armee bis in einer Stärke auf, welche $8^1/_2$mal so hoch ist, als das Mittel für die Armee (Münsterberg).

Berlin, gemäss seiner Wichtigkeit als Residenz-, Haupt- und Grossstadt muss für sich betrachtet werden. Die Tabelle 32 liefert einige der wichtigsten Daten, soweit sie zu eruiren waren.

Tabelle 32.

Berlin hatte									
im Jahr	Einwohner	darunter eingeschriebene Prostituirte		in den Jahren	Iststärke der Garnison	venerisch Erkrankte		darunter Syphilis	
		absolut	in $^0/_{00}$ der Einwohner			absolut	in $^0/_{00}$ der Iststärke	absolut	in $^0/_{00}$ der Iststärke
1868	728.590	1578	2·16	1873/74	16.464	870	52·8	287	17·4
1869	.	1709	2·34	1874/75	.	.	57·0	.	.
1870	.	1606	2·20	1875/76	.	.	54·0	.	.
1871	825.937	1625	1·96	1876/77	.	.	.	.	.
1872	.	1701	2·05	1877/78	.	.	.	.	.
1873	.	1742	2·15	1878/79	18.204	984	54·1	153	8·4
1874	.	1956	2·36	1879/80	17.551	859	48·9	152	8·7
1875	964.240	2241	2·32	1880/81	17.813	926	52·0	206	11·6
1876	995.470	2386	2·45	1881/82	18.179	971	53·4	197	10·8
1877	1,019.620	2547	2·48						

Demgemäss betrugen die venerischen Erkrankungen in der Berliner Garnison im Mittel der Jahre 1873 bis 1876

und 1878 bis 1882 jährlich 53·1‰ der Iststärke, waren also $1\frac{1}{2}$mal so stark verbreitet, wie in der Armee (53·1 : 35·3 = 1·5). In Wien stellte sich das besprochene Verhältniss wie 78·0 : 69·4, es waren also daselbst die venerischen Erkrankungen etwas geringer verbreitet als in der Armee. In Bezug auf das locale Auftreten der venerischen Erkrankungen in der Garnison stellen sich demnach die Verhältnisse in Berlin viel ungünstiger als in Wien.

Das bayerische Heer.

Hier kamen vom 1. April 1874 bis 31. März 1879 im Ganzen 8267 Fälle von venerischen Erkrankungen vor. Die primären Formen waren darunter folgendermassen vertreten:

Tripper	3524	= 489·3	‰ aller Fälle
Weiche Schankergeschwüre	2013	= 279·5	
Constitutionelle Syphilis	1664	= 231·0	

Auch hier sieht man, dass das Verhältniss der einzelnen Erkrankungsformen untereinander sich ähnlich verhält, wie in der preussischen Armee in den Jahren 1873 bis 1881 und im k. k. Heere 1870 bis 1885. Zum Vergleiche folgt eine Zusammenstellung der Zahlen:

	k. k. Heer	k. preuss. Armee	k. bayer. Heer
gonorrhoische Affectionen	463	499·6	489·3
schankröse „	273	260·7	279·5
syphilitische „	263	239·7	231·0

Danach überwiegen relativ in der preussischen Armee die gonorrhoischen Affectionen, im bayerischen Heere die schankrösen, im k. k. Heere die syphilitischen.

Das sächsische (XII.) Armee-Corps.

Ueber die venerischen Erkrankungen in diesem Armee-Corps liegen die neuesten Angaben vor in der „Geschichte des königl. sächsischen Sanitäts-Corps von H. Frölich. Leipzig 1888". Nach den dort enthaltenen Daten sind unsere Tabellen berechnet. Bis zum deutsch-französischen Kriege verfügen wir nur über die S. 416 ausgewiesenen spärlichen Zahlen. (Tabelle 33.) Es ist daraus ersichtlich, dass die gonorrhoischen Erkrankungen, welche im Jahre 1858 in der Minderzahl sich befanden, innerhalb der nächsten 10 Jahre

jedoch die übrigen venerischen Erkrankungsformen zu verdrängen begannen. Ueber ihre relative Extensität im Heere fehlen uns Anhaltspunkte.

Tabelle 33.

Jahr	Stärke des Heeres	Syphilis	Tripper	Summe	Tripper in ‰ aller vener. Erkrankungen
1819	seit 1815 13.000	618		618	.
1820	13.000	512		512	.
1821	13.000	469		469	.
1850	im November nach Mobilisirung 26.300	1776		1776	.
1851	.	1090		1090	.
1852	.	.		.	.
1857	.	689		689	.
1858	.	1167	687	1854	370
1867	Sollstärke = 1% des Volkes	1282	892	2174	410
1868		776	653	1429	457

Im deutsch-französischen Kriege wurde das sächsische Armee-Corps vom 1. August 1870 an Bestandtheil der 2. Armee (vergl. den folgenden Abschnitt). Das Verhalten der venerischen Erkrankungen in den 15 Jahren nach dem Kriege ergibt sich dann aus der Zahlentabelle 34.

Es betrug demnach die durchschnittliche Stärke des Heeres 24.414 Mann. Jährlich kamen 1506 venerische Erkrankungen vor, unter je 1000 Mann 61·4. Das ist eine Zahl, welche allerdings noch immer nicht an das Niveau des k. k. Heeres heranreicht, aber um ein Bedeutendes höher ist, beinahe doppelt so hoch als das Mittel für das preussische Heer (35·4‰). Allerdings haben sich in letzterer Zeit die Verhältnisse im sächsischen Armee-Corps bedeutend gebessert. Man vergleiche die graphische Darstellung: Tafel 6 rechts.

Man sieht, wie die Zahl der venerischen Erkrankungen im Verhältniss zur Stärke des Heeres bis zum Jahre 1878, zuerst langsam, dann rasch zunimmt, worauf ein allmäliges Sinken eintritt mit der Tendenz, noch tiefer herabzugehen. Das Verhältniss

Tabelle 34.

Jahr	Stärke des Heeres	Venerische Erkrankungen				Tripper in $^0/_{00}$ der vener. Erkrank.
		Syphilis	Tripper	Summe	in $^0/_{00}$ der Stärke des Heeres	
1872	20.362	776	653	1.429	70·2	456
1873	21.814	794	700	1.494	68·4	469
1874	21.562	868	568	1.436	66·5	395
1875	23.271	899	704	1.603	69·3	439
1876	23.615	899	738	1.637	69·3	450
1877	23.362	976	791	1.767	75·6	447
1878	23.521	1.041	936	1.977	84·0	473
1879	23.574	767	810	1.577	66·8	513
1880	23.242	816	858	1.674	71·8	512
1881	26.166	803	966	1.769	67·6	546
Etatjahr						
1882/83	27.453	398	901	1.299	47·3	693
1883/84	27.347	368	850	1.218	44·5	697
1884/85	27.064	379	897	1.276	47·1	702
1885/86	26.845	411	841	1.252	46·6	671
1886/87	27.015	375	715	1.090	40·3	655
Summe	366.213	10.570	11.928	22.498	.	.
Durchschnitt	24.414·20	704·6	795·2	1.506·0	61·4	530

der Tripperformen zu allen venerischen Erkrankungen beträgt im Mittel 530 : 1000. Dasselbe ist sich jedoch keineswegs gleich geblieben. Aus der graphischen Tab. Taf. 2 l., welche das Verhältniss der Tripper zu allen venerischen Erkrankungen darstellt, ist ersichtlich, dass die Tripper auf Kosten der übrigen venerischen Erkrankungsformen in stetiger Zunahme sich befinden. Während sie im Jahre 1858 noch 370$^0/_{00}$ aller venerischen Erkrankungen betrugen, sind sie im Etatjahr 1884 bis 1885 bis auf 702$^0/_{00}$ angestiegen, ihre Anzahl hat sich also beinahe bereits verdoppelt. Das Verhältniss, welches früher wie 3 : 7 stand, ist nun verkehrt in 7 : 3, ein sicher recht günstiges Zeichen. Durch das geringe Vorkommen syphilitischer Affectionen im Verhältniss zum Tripper zeichnet sich das sächsische Armee-Corps weit vor dem k. bayerischen Heere, der k. preussischen Armee und dem k. k. Heere aus.

Der deutsch-französische Krieg.

Die im Vorigen betrachtete Gruppe von 9 Rapportsjahren gestaltete sich für die preussische Armee gegen die vorangegangenen Jahre bedeutend günstiger.

So waren in dieser Armee wegen Syphilis Gegenstand ärztlicher Behandlung von je 1000 Mann:

im Jahre	1867	53·87
„ „	1868	48·2
„ „	1869	45·3
im ersten Halbjahre	1870	15·7
„ zweiten „	1871	45·4
im Jahre	1872	45·1.

Man sieht, dass als unmittelbare Folge des deutsch-französischen Krieges in der preussischen Armee eine Vermehrung der Syphilitischen im Verhältniss zur Iststärke nicht eintrat. In den darauf folgenden Jahren 1873 bis 1876 ist sogar im Allgemeinen die Extensität der venerischen Erkrankungen (vergl. die Tabelle 26) sowohl, als auch die von den einzelnen Erkrankungsformen erheblich gesunken. So gingen die venerischen Erkrankungen in den Rapportjahren 1873 bis 1876 von 38·2 auf 31·6 und 28·8‰ herab, die gonorrhoischen Affectionen von 19·9 auf 14·6 und 14·6‰, die Schanker von 18·6 auf 8·7 und 7·8, die Syphilis von 10·0 auf 8·2 und 6·4‰ der Iststärke.

Während des Krieges selbst war die Summe der venerischen Erkrankungen nicht bedeutend. Ein auffallender Umstand ist jedoch zu bemerken. Sie stiegen mit der Dauer des Krieges ausserordentlich schnell. Besonders deutlich trat dies beim kön. bayerischen I. Armee-Corps hervor, wie aus Tabelle 35 ersichtlich. Es erhellt daraus, wie die Erkrankungen vom September 1870 bis in den März 1871 immer wieder Rückschlägen unterliegend, langsam anwachsen, im April dann ungezügelt in die Höhe schiessen, und im Mai bereits eine zu Beginn des Feldzuges ungeahnte Höhe erreichen. Dieser Umstand ist ausserordentlich wichtig. Er ist, wie die bosnische Occupation, ein Beleg dafür, dass *Kriegsschauplätze einen üppigen Nährboden für venerische Krankheiten bilden, und deren Wucherung vortrefflichen Vorschub leisten.*

Tabelle 35.

Jahr	Monat	Kopfstärke	Vener. Erkrankungen in absoluten Zahlen	Vener. Erkrankungen in ‰ der Kopfstärke
1870	September	26.886	9	3·3
	October	28.204	29	10·2
	November	28.671	28	9·8
	December	22.812	14	6·1
1871	Jänner	30.980	52	16·7
	Februar	35.538	35	9·8
	März	34.263	35	10·2
	April	33.193	139	41·8
	Mai	29.703	231	77·7

Dies hat sich auch im sächsischen Armee-Corps bewahrheitet, welches vom 1. August 1870 Bestandtheil der 2. Armee war. Seine durchschnittliche Stärke betrug damals 40.500 Mann. Davon erkrankten in der ersten Augustdekade 1345, also 33‰. Unter den Erkrankten waren 197, oder der siebente Theil (146·4‰) syphilitisch.

Bis Ende Juni 1871 betrug die Zahl der wegen Krankheiten in die Lazarethe Aufgenommenen an:

mobilen Mannschaften	23.378
Officieren	212
Beamten	16
Zusammen .	23.606

Unter den im Lazarethe Aufgenommenen waren 2068 venerische Erkrankungen, ohne Todesfall. Das ist auf je 1000 Erkrankungsfälle 87·6 venerische, also beinahe 9 Procent aller Kranken. Das sind Zahlen, welche für sich sprechen und an Deutlichkeit leider nichts zu wünschen übrig lassen.

Kaiserlich deutsche Marine.

Wie aus der Tabelle 36 ersichtlich, waren die Verhältnisse in der deutschen Flotte bedeutend ungünstiger als die der Landheere. Die venerischen Krankheiten waren im Mittel der Jahre 1877 bis 1885 mit 139‰ der Iststärke vertreten, also 4mal

Tabelle 36.

Jahr	Iststärke	Venerische	
		absolut	‰
1877/78	8.816	987	111
1878/79	9.259	1.388	150
1879/80	10.069	1.308	130
1880/81	9.885	1.522	154
1881/82	10.246	1.632	159·3
1882/83	.	.	145·8
1883/84	.	.	155·3
1884/85	.	.	108·6

so häufig wie im Landheere. Besonders stark betroffene Stationen, z. B. die in Ost-Asien, verzeichnen sogar jährliche Procentsätze, die hoch über 200‰ hinaufgehen, wie aus der obern Abtheilung der Tabelle 37 ersichtlich. Der mittlere tägliche Krankenstand an Venerischen erreichte daselbst, wie aus der unteren Abtheilung dieser Tabelle erhellt, recht hohe Zahlen. Infolge dieser Verhältnisse erlitt die deutsche Flotte jährlich Verluste, welche diejenigen der k. k. Kriegs-Marine bei Weitem übertreffen und auf gleicher Stufe mit den stärksten Verlusten wegen venerischer Erkrankungen in den Heeren überhaupt sich bewegen.

Tabelle 37.

Jahr	Nordsee	Ostsee	Ost-Asien	Südsee
1880/81	.	.	247·0‰	.
1881/82	284·5‰	.	289·7 „	.
1882/83	.	.	237·8 „	.
1883/84	.	.	213·4 „	.
1884/85	.	.	.	261·7‰
1880/81	.	.	12·5‰	.
1881/82	12·0‰	.	17·5 „	.
1882/83	13·3 „	7·3‰	.	.

Anmerkung. Dem statistischen Sanitätsbericht über die kaiserlich deutsche Marine für den Zeitraum vom 1. April 1883 bis 31. März 1885

zu Folge beziffert sich der Stand der deutschen Marine mit nachstehenden Zahlen:

Ost-Asien	8 Schiffe mit	4407,	auf Zeit reducirt	3513 Mann
Südsee-Station . . .	3 „ „	507,	„ „ „	409 „
Amerikan. Stationen .	6 „ „	2008,	„ „ „	1704 „
Mittelmeer	3 „ „	408,	„ „ „	266 „
Afrikanische Stationen .	7 „ „	1718,	„ „ „	911 „
Heimische Gewässer .	? „ „	12218,	„ „ „	5143 „

Am Lande betrug die Durchschnittsstärke:

1883—1884 . . . . 4730 Mann
1884—1885 . . . . 6000 „

Das zeitliche Auftreten der venerischen Erkrankungen.

Recht interessant ist die Betrachtung der venerischen Erkrankungen in der preussischen Armee nach der Zeit des Zugangs, wie ihn die Zahlentabelle 38 für die Jahre 1878 bis 1882 im

Tabelle 38.

Rapport-Jahr	April	Mai	Juni	Juli	August	September	October	November	December	Jänner	Februar	März
1878/79	26	30	31	34	30	34	36	47	24	36	28	27
1879/80	26	23	28	31	28	32	31	45	23	33	27	22
1880/81	30	26	26	30	33	39	35	51	26	38	30	31
1881/82	32	30	30	35	35	38	33	52	27	40	29	29
Summe	114	109	115	130	126	143	135	195	100	147	114	109
Mittel	28	27	28	32	31	35	33	48	25	36	28	27

Verhältniss zur monatlichen Iststärke aufweist. Demnach sind im Mittel von je 1000 Mann venerisch erkrankt in den Monaten:

Jänner	3·6	Juli	3·2
Februar	2·8	August	3·1
März	2·7	September . . .	3·5
April	2·8	October	3·3
Mai	2·7	November . . .	4·8
Juni	2·8	December	2·5

Dieses Verhältniss ist übersichtlich dargestellt in der Tafel 7 links unten. Man sieht daraus, dass die venerischen Erkrankungen im December am schwächsten auftreten. Im Jänner folgt ein leichter Anstieg, dann ein Tiefstand bis in den Juni, dann allmäliges Wachsthum, im November plötzlich eine rasche Erhebung und damit Erreichung des Höhepunktes, darauf rascher Abfall. Vergleicht man damit die Curve der zeitlichen Schwankungen im k. k. Heere, wie sie in der graphischen Darstellung (Tafel 3) abgebildet ist, so ergeben sich recht bemerkenswerthe Thatsachen. Der grösste Umfang der zeitlichen Schwankungen ist in beiden Armeen ziemlich gleich: k. k. Heer 5·1 bis 7·7 = 2·6‰ des Verpflegsstandes, k. preussische Armee 2·5 bis 4·8 = 2·3‰ der Iststärke. Weiter ist gleich der Tiefstand bis in den Juni, sowie die folgende Zunahme und der Abfall gegen den December. Verschieden ist jedoch: 1. Die Steigung im Sommer. Sie ist im k. k. Heere vom Beginn an steiler und von kürzerer Dauer. 2. Der Höhepunkt ist hier bereits im September erreicht, während er in der preussischen Armee erst im November zur Geltung gelangt. Demgemäss dauert auch der Abfall zum December im k. k. Heere länger, erreicht jedoch sein Minimum bereits im Februar, während in der preussischen Armee die geringste Zahl der venerischen Erkrankungen erst im März statt hat. Im Ganzen sieht man in der preussischen Armee eine geringere Lebhaftigkeit, ähnlich wie bei den Schwankungen in einer Reihe von Jahren. Die Ursache scheint vor Allem in der nationalen Disposition zu liegen. Man wird kaum fehl gehen, wenn man in jenen beiden Curven den Ausdruck des nordischen und des südlichen Charakters der Truppen, sowie des socialen Bodens, auf dem sie sich bewegen, zu finden vermeint.

Abgänge.

a) Heilerfolg. Laut Tabelle 39 sind in der preussischen Armee in den Jahren 1878 bis 1882 im Ganzen 51.728 venerische Erkrankungen zugegangen. Geheilt wurden 50.052, also von je 100 Fällen 967. Im k. k. Heere berechnet sich der Heilerfolg mit 968‰. Er ist also ziemlich gleich, wenn auch in der preussischen Armee um 1‰ höher.

b) Todesfälle wegen venerischer Erkrankungen. Sie reprä-

sentiren eine so geringe Zahl — 15 in 4 Jahren — dass sie hier gar nicht in Betracht kommen.

Tabelle 39.

K. preussische Armee. Venerische Erkrankungen.					
Rapport-Jahr	Zugang	Abgang			
		geheilt	todt	anderweitig	Summe
1878/79	12.615	12.190	6	381	12.577
1879/80	11.519	11.429	2	348	11.779
1880/81	13.020	12.422	—	381	12.803
1881/82	14.574	14.011	7	408	14.426
Summe	51.728	50.052	15	.	.

c) Dienstunbrauchbarkeit. Aus Tabelle 40 sieht man einige nicht unwichtige Ergebnisse. 1. Der Procentsatz an Dienstunbrauchbaren wegen venerischer Erkrankungen ist gering — 65 in 4 Jahren. 2. Die einzelnen Armee-Corps sind dabei sehr verschieden betheiligt. Das Garde-Corps und das XI. weisen je ein Fünftel (65 : 13) der Dienstunbrauchbaren auf, das IV. und XII. gar keine, die übrigen nicht bedeutende Zahlen. 3. Unter den 65 sind 62, bei denen das Leiden schon vor der Einstellung sich

Tabelle 40.

K. preussische Armee. Dienstunbrauchbarkeit wegen venerischer Erkrankungen																		Entwickelung des Leidens	
Rapport-Jahr	Armee-Corps																Armee	vor der Einstellung	während des activen Dienstes
	Garde	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV		Armee	
1878/79	2	.	.	.	.	.	.	1	.	2	.	5	.	2	1	2	15	15	.
1879/80	4	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	.	.	.	1	10	9	1
1880/81	6	3	.	1	.	.	1	.	2	1	.	1	.	.	1	.	16	15	1
1881/82	1	1	2	3	.	2	1	1	.	.	2	3	.	.	7	1	24	23	1
	13	5	2	4	.	2	2	2	2	3	2	13	.	2	9	4	65	62	3

entwickelt hat. Daraus ist zu entnehmen, dass die Ansteckungsgefahr bei der Civilbevölkerung nicht ganz gering ist, wie bei Besprechung der örtlichen Verbreitung venerischer Erkrankungen bereits auffallen musste.

1. Anmerkung.

Man sieht daraus, wie aus den diesbezüglichen Daten des k. k. Heeres, dass die Anzahl der Venerischen bei der Assentirung nicht gering ist. Nun wäre es im Interesse der Gesammtheit, die Angesteckten in kurzem Wege der Ausheilung zuzuführen und so der Gefahr vorzubeugen, dass die zurückgestellten Venerischen, wenn sie vom Assentplatze zurückkehren, die Krankheit vernachlässigen oder verbreiten. Man wird sich keineswegs verhehlen können, dass darauf Bezug nehmende Repressivmassregeln einen Eingriff in die Rechte der persönlichen Selbstbestimmung des Einzelnen bedeuten. Sowie jedoch einem jeden Epidemie-Regulativ ein ähnliches Vorgehen im Interesse der Gesammtheit zusteht, ebenso könnte es sich auch hier nur um die Anwendung alter Satzungen auf ein neues Thema handeln. Wie eine solche ihren Ausdruck finden sollte, das ist allerdings eine Angelegenheit schwerstwiegender Erwägungen. Als Basis müsste der Grundsatz dienen:

Mit venerischen Krankheiten behaftete Stellungspflichtige, welche wegen anderer Gebrechen als zum Militärdienste untauglich vom Assentplatze zurückgestellt werden, sind behufs Ausheilung ihrer venerischen Erkrankung sofort in ärztliche Behandlung zu übergeben und erst nach erfolgtem Nachweis ihrer Heilung zu entlassen.

2. Anmerkung.

Es wurde im Vorigen des Unterschiedes zwischen der Iststärke oder dem Effectivstand, wie sie in der preussischen Armee, und dem Verpflegsstand, wie er im k. k. Heer für statistische Berechnungen als Basis dient, Erwähnung gethan. In den Verpflegsstand werden nicht nur die bei der Truppe Gegenwärtigen, sondern auch die zugehörigen Abwesenden (Beurlaubte, in Spitälern befindliche Kranke, Arrestanten etc.) mit eingerechnet. Demgemäss erscheint das procentuelle Verhältniss zum Verpflegsstande immer höher als das zur Iststärke. Um nun unanfechtbare Vergleiche zwischen den statistischen Verhältnissen der verschiedenen Heere anstellen zu können, ist es dringend nothwendig, dass die Militärstatistiker eine einheitliche Verfassung der Berichte wählen, vor Allem jedoch, dass die Berechnungen auf einem einheitlichen Vergleichswerthe basirt werden.

Frankreich.

Zu einer Zeit, da die Sanitätsstatistik andernorts noch in den allerersten Anfängen befangen war, hat dieser Staat den

Werth derselben bereits zu würdigen gewusst, indem er mit Art. 5 des Gesetzes vom 22. Jänner 1851, statistische Uebersichten über den Gesundheitszustand im Heere anordnete, welche den jährlichen Berichten über das Ersatzgeschäft beizugeben sind. Allerdings verzögerte sich die Angelegenheit so, dass der erste Sanitätsbericht erst für das Jahr 1862 herausgegeben wurde.

Im Mittel der Jahre 1862 bis 1866 betrug die Zahl der venerischen Erkrankungen jährlich 53‰ der durchschnittlichen Stärke (effectiv moyen) des Herres. Weitere Daten gibt die Tabelle 41. Dazu ist noch nachzutragen, dass die Venerischen im Jahre 1882 80‰ aller Lazarethkranken und 130‰ aller Infirmeriekranken beanspruchten. Im Jahre 1883 litten an Syphilis 10·3‰, an Tripper und weichem Schanker 48·6‰. Die meisten Kranken lieferten das 16., 17. und 19. Corps und das Militärgouvernement von Paris.

Laut Tabelle 41 sind im Mittel der Jahre 1865 bis 1869,

Tabelle 41.

Jahr	Durchschnittliche Stärke	Venerische Erkrankungen	‰	Behandlung in Tagen
1865	.	.	92	.
1866	.	.	97	.
1867	.	40.584	106	.
1868	.	.	131	.
1869	330.357	43.125	103	.
1870	.	.	.	.
1871	.	.	.	.
1872	.	.	100	.
1873	.	.	88	.
1874	.	38.837	91	25
1875	.	.	75	.
1876	.	.	57	.
1877	.	.	57·8	.
1878	.	29.020	59·7	.
1879	470.339	30.430	63·7	27
1880	.	.	65·8	.
1881	.	.	.	.
1882	463.318	.	.	.
1883	455.608	.	.	.

dann 1872 bis 1880 von je 1000 Mann des Effectivstandes jährlich 84·7 venerisch erkrankt. In dieser Zeit schwankte das Verhältniss der venerischen Erkrankungen zum Effectivstande zwischen 57 und 131, also mehr als um das Doppelte. Vergl. diese Verhältnisse in Tafel 5 links.

Man sieht daselbst eine von 1865 bis 1868 andauernde Steigerung, welche von 1867 auf 1868 besonders rasch zunahm.

Man bringt letzteren Umstand einmal mit den Folgen des Krieges in Mexiko (es befand sich daselbst die französische Fremdenlegion mit etwa 6000 Mann und ausserdem noch 12.000 bis 15.000 Franzosen. Die französischen Truppen verliessen Mexiko am 5. Februar 1867), das andere Mal mit der Weltausstellung in Paris in Zusammenhang. Auffallend ist, dass nach dem deutsch-französischen Kriege die venerischen Erkrankungen durch ein halbes Jahrzehnt ziemlich rasch abfielen. Dieses Verhältniss soll angeblich mit der nach 1872 durchgeführten möglichst stabilen Bequartierung der Truppen in den Heimatsbezirken in Einklang stehen. (Ad. Zemanek a. a. O., S. 39), eine Ansicht, welche uns nicht plausibel erscheint, weil, wie an anderer Stelle auseinandergesetzt wurde, eine Bequartierung im Heimatsbezirke das Anwachsen der venerischen Erkrankungen nur steigert.

Bemerkenswerth ist die grosse Zahl von Venerischen, welche bei der Truppe (à l'infirmerie = Marodenzimmer, Revierkrankenstube) behandelt wird. So gelangten in die Militärhospitäler

im Jahre	1874	unter	38.837	Venerischen	nur	12.146 = 31·2‰
„ „	1878	„	29.020	„	„	9.336 = 32·1‰
„ „	1879	„	30.430	„	„	11.258 = 36·9‰

im Mittel also genau ein Drittel der Erkrankten, die übrigen zwei Drittel der Venerischen wurden bei der Truppe behandelt. Man kann diesen Vorgang keineswegs als Vorzug der französischen Armee ansehen, weil nach unserer Anschauung venerische Erkrankungen principiell in eigene Heilanstalten gehören.

Die 30.430 Venerischen des Jahres 1879 vertheilen sich folgendermassen auf die einzelnen Erkrankungsformen:

Tabelle 42.

	Absolute Zahl	Davon in Hospitälern behandelt
Tripper	20.868	5.660 mit 178.326 Krankentagen
Schanker	6.468	2.504 „ 93.106 „
Constitut. Syphilis .	3.094	3.094 „ 125.475 „
Summe .	30.430	11.258 mit 396.907 Krankentagen

Demgemäss befanden sich unter je 1000 Fällen venerischer Erkrankungen:

Tripper 685
Schanker 212
Constitutionelle Syphilis . . 101

Vergleicht man diese Zahlen mit denen des k. k. Heeres, der k. preussischen Armee, sowie des k. bayerischen Heeres, so fällt es auf, dass die Tripperaffectionen, welche in den vorgenannten Armeen nur 463 bis 499‰ der sämmtlichen venerischen Affectionen beanspruchen, in Frankreich mit verhältnissmässig hoher Zahl gegen die anderen Formen auftreten, ein sicher günstiges Zeichen.

In der Infirmerie wurden im Jahre 1879 behandelt:

Tripper . . 15.208 mit 342.585 Krankheitstagen
Schanker . . 3.964 „ 89.541 „
19.172 mit 432.126 Krankheitstagen

Die Behandlung der Venerischen erforderte demnach im genannten Jahre:

In den Hospitälern . 396.907 Tage für 11.258 Kranke
„ der Infirmerie . . 432.126 „ „ 19.172 „
829.033 Tage für 30.430 Kranke

Es beanspruchte demgemäss jeder Venerische eine Behandlungsdauer von 27 Tagen, abermals ein nicht ungünstiges Resultat.

Die venerischen Erkrankungen sind bei den französischen Truppen in Frankreich (à l'intérieur) viel geringer als in Algier. So erkrankten die Mannschaften im Jahre 1874 an Venerie nur halb so häufig wie in Algier, im Jahre 1875 weisen die Venerischen im letzteren Lande einen Satz von 200‰ auf, während sie in Frankreich nur 75‰ betrugen. Im Jahre 1874 kamen die wenigsten venerischen Erkrankungen vor bei der Genietruppe, den Krankenwärtern (vergl. dazu die Sanitätstruppe in Oesterreich-Ungarn) und der Infanterie, die häufigsten bei den Special-Corps von Paris und Versailles, den Militärhandwerkern und Fussjägern.

Von 64 Krankentagen aller Art kamen 10 auf Venerische. Bei der Cavallerie, Artillerie und den Special-Corps von Paris und Versailles blieb jeder Mann länger in Behandlung, als die durchschnittliche Dauer von 25 Tagen für dieses Jahr beträgt. Von 1000 Mann der Durchschnittsstärke waren immer venerisch 6·6, und von 1000 Mann des Dienststandes 7·5.

Bemerkenswerth ist die hohe Zahl der Venerischen in den Festungen. Sie betrug im Jahre 1878 in

Besançon . . . . 245‰ des Krankenstandes
Epinal . . . . . 192‰ „ „
Reims . . . . . 186‰ „ „
Verdun . . . . 166‰ „ „
Belfort . . . . 139‰ „ „

Für Besançon bedeutet dieses Verhältniss, dass daselbst ein Viertel aller Kranken venerisch war. Diese Erscheinung steht den ungünstigsten anderer Armeen in gar Nichts nach und bekräftigt die Erfahrung, dass Festungen einen günstigen Nährboden für venerische Krankheiten abgeben. Aehnliches sah man im k. k. Heer, sowie in der k. preussischen Armee.

1. Anmerkung. Die Tabelle 43 bringt die Territorialeintheilung der französischen Landarmee. Vergl. dazu Tafel 2.

2. Anmerkung. Die bei Schrank a. a. O. II., S. 341, angeblich nach Mathieu in dem „Recueil des mémoires des médecine et chirurgie militaire", beziehungsweise nach Lyon médicale T. XLV, 1884, Nr. 3. M. Augagneur, „La prostitution, la police des moeurs et quelques ouvrages récents qui en traitent" angeführten Daten über die venerischen Erkrankungen der Garnison in Paris sind nicht vertrauenswürdig, weil sie mit

Tabelle 43.

Militär-Territorial-bezirk		General-Commando	Militär-Territorial-bezirk		General-Commando
1.		Lille	10.		Rennes
2.		Amiens	11.		Nantes
3.		Rouen	12.		Limoges
4.		Le Mans	13.		Clermont-Ferrand
5.	Armee-Corps	Orleans	14.	Armee-Corps	Grenoble
6.		Châlons s. Marne	15.		Marseille
7.		Besançon	16.		Montpellier
8.		Bourges	17.		Toulouse
9.		Tours	18.		Bordeaux

denen, welche auf die ganze Armee Bezug nehmen, genau übereinstimmen, und dies durch 5 Jahre. Auch über die Garnisonsspitäler in Wien gibt Schrank Zahlen, welche mit den officiellen Ausweisen nicht übereinstimmen, sondern bedeutend höher sind.

England.

Die Statistik der venerischen Erkrankungen in der englischen Armee ist wohl die bedeutungsvollste Illustration einer für die Eindämmung der Syphilis schwerstwiegenden Massregel. Von diesem Standpunkte verdient das britische Heer vor vielen anderen in erster Linie besprochen zu werden.

Bis zum Jahre 1860 raffte die Syphilis unbeanständet ihre Opfer hinweg und verbreitete sich in schreckenerregendem Masse, besonders in Garnisonen, welche theils durch die Stärke ihrer Besatzung, theils durch ihre Stellung als Hafenstädte, von der Prostitution niedersten Ranges bevorzugt wurden. Hierher gehören: Portsmouth, Plymouth, Woolwich, Colchester, Sheerness, Aldershof, Windsor, Chatham, Sornoliffe, The Curragh, Cork, Queenstown etc. Diesem Treiben ein Ende zu setzen und die berüchtigten sanitären Missstände zu heben, votirte das Parlament im Jahre 1864 eine Acte, derzufolge dort, wo unter Matrosen und Soldaten die Syphilis besonders stark auftrat, eine Conscription der prostituirten Dirnen eingeleitet wurde. Das Gesetz vom 11. Juni 1866 mit dem officiellen Titel: „Act for the better prevention of contagious diseases at certain naval and military“, gemeiniglich „The

contagious diseases acts“ genannt, räumt der Polizei das Recht ein, jede Dirne, die sich öffentlich prostituirt, in einem Dispensarium untersuchen zu lassen, und wenn sie krank befunden wird, zum Eintritt in ein Regierungsspital zu zwingen. Der wohlthätige Einfluss dieses Gesetzes machte sich sofort im Heere geltend. Nichtsdestoweniger wurde immer daran gemäkelt. Im Jahre 1873 wurden die Zahlungsmodalitäten für mit primären Affectionen Behaftete geändert, und dadurch die Aufnahme in die Spitäler stark eingeschränkt.

Als sich in Folge dessen zahlreiche Verheimlichungen von Ansteckung geltend machten, wurde dieser Erlass im Spätherbst des Jahres 1879 widerrufen. Im Jahre 1883 fand der Ausschuss im Unterhause des Parlaments (the select committee of the House of Commons) Gelegenheit, von der günstigen Rückwirkung der Acts sich zu überzeugen und sprach sich dahin aus, dass unter deren Einwirkung die venerischen Krankheiten sich vermindert haben und die Tüchtigkeit des Heeres zugenommen hat. Gegen die Stimme des Ausschusses wurde auf Antrag von Mr. Stansfeld mit Beschluss vom 21. April 1883 die Wirksamkeit der Acts eingestellt, und sofort kennzeichnete sich im Steigen der venerischen Erkrankungen beim Heere das Verfehlte dieses unbegreiflichen Missgriffes.

Die Contagious diseases acts wurden nicht überall gleich eingeführt. Für die 4 Jahre (1860—63), welche demjenigen vorausgingen, in welchem das erste Gesetz gegen die Verbreitung ansteckender Krankheiten votirt wurde, betrugen in einer Gruppe von Garnisonen, welche nach und nach unter die Wirkung des Gesetzes traten, die an „primären syphilitischen Wunden“ Leidenden 130‰, die Gonorrhoischen 135‰ der Stärke. In anderen zum Vergleiche gewählten 14 Stationen mit einer Garnison von mehr als je 500 Mann stellten sich dieselben Affectionen mit 116‰ und 129‰. Im Verlaufe der Jahre 1864 bis 1869 wurde das Gesetz in der betrachteten Gruppe so eingeführt, dass es 1865 in 3, 1866 in 4, 1867 in 5, 1868 in 8, 1869 in 10, 1870 in allen 14 Stationen in Wirkung trat. In dieser Periode fielen in der dem Gesetze unterworfenen Gruppe die primären syphilitischen Wunden auf 87‰, in der nicht unterliegenden Gruppe grösserer Stationen auf 108‰.

Demgemäss zeigte die unterworfene Gruppe von Stationen, welche vor Anwendung des Gesetzes einen Ueberschuss von 14‰ über die nicht unterworfene Gruppe aufwies, einen Abfall von 21‰ gegen die letztgenannte Gruppe.

Mit dem Jahre 1870 war das Gesetz in jeder der 14 Stationen der unterworfenen Gruppe in Kraft. Was es geleistet hat, das ersieht man aus der Zahlentabelle 44.

Tabelle 44.

Jahr	Unter dem Gesetze			Nicht unter dem Gesetze		
	Mittlere Jahresstärke	Stets an primär syphilitischen Wunden im Lazareth	‰ der Stärke	Mittlere Jahresstärke	Stets an primär syphilitischen Wunden im Lazareth	‰ der Stärke
1870	41.580	186	446	17.852	174	974
1871	54.096	210	389	19.957	161	807
1872	50.794	232	456	19.950	225	1129
1873	48.039	214	445	19.801	175	886
1874	48.136	150	311	18.879	130	689
1875	48.606	129	266	19.573	115	586
1876	48.620	120	247	18.790	112	594
1877	52.422	137	261	19.076	119	623
Summe	392.293	1378	.	153.878	1211	.
Mittel für 8 Jahre	49.037	172	**351**	19.235	151	**785**

Die Zahl der Soldaten, an denen der Werth oder Unwerth des Gesetzes geprüft wurde, betrug über eine halbe Million (546.171). Zum Schlusse stellte sich heraus, dass in den Garnisonen, welche dem Gesetze nicht unterlagen, von je 1000 Mann der Jahresstärke stets 785 an primären syphilitischen Wunden im Lazareth erkrankt lagen, hingegen in den unter dem Gesetze befindlichen Garnisonen nur 351, also weniger als die Hälfte der ersteren. Das Gesetz hat demgemäss die Zahl der einer Spitalsbehandlung wegen Syphilis bedürftigen Soldaten auf die Hälfte herabgedrückt. Es hat in den ersten 8 Jahren seiner vollen Wirksamkeit (1870—1877) in Garnisonen mit einer durchschnittlichen Stärke von 50.000 Mann, 21.868 Soldaten vor venerischen Ansteckungen bewahrt. Wenn irgendwo Zahlen sprechen, so ist es hier der Fall.

Nachdem die Contagious diseases acts eingestellt waren, blieb es dem Gutdünken der angesteckten Prostituirten überlassen, die Spitalsaufnahme für sich zu erwirken. Sofort machte sich der Einfluss dessen geltend. Die Zahl der in Heilanstalten aufgenommenen Prostituirten sank auf die Hälfte. Wie sich die venerischen Erkrankungen in den Garnisonen verhielten, zeigt die Tabelle 45.

Tabelle 45.

Periode	Je 14 Stationen						Alle nicht unter dem Gesetz befindlichen Stationen		
	unter dem Gesetz			nicht unter d. Gesetz					
	primäre venerische Geschwüre	secundäre Syphilis	Gonorrhöe	primäre venerische Geschwüre	secundäre Syphilis	Gonorrhöe	primäre venerische Geschwüre	secundäre Syphilis	Gonorrhöe
1870—1872	53·1	20·3	106·7	109·8	31·7	103·4	87·8	27·7	98·3
1880—1882	75·6	26·6	98·9	175·9	38·7	128·2	123·0	32·5	110·5
1883	109·5	25·2	99·4	188·3	44·3	133·7	110·5	28·5	105·0
1884	138·3	25·6	100·8	159·9	49·1	136·6	125·2	30·2	105·4

In den 14 Stationen, welche früher durch das Gesetz geschützt waren, hatten im Verlaufe der letzten 3 Jahre von dessen Wirksamkeit (1880 bis 1882) die venerischen Geschwüre eine Höhe von 75·6 $^0/_{00}$. Schon im Jahre 1883, wo das Gesetz erst 8 Monate aufgehoben war, erhob sich diese Zahl auf 109·5 $^0/_{00}$ und stieg im Jahre 1884 auf 138·3 $^0/_{00}$, so dass beinahe wieder dieselbe Höhe erreicht wurde, welche diese Garnison vor Einführung des Gesetzes in den Jahren 1860 bis 1861 aufwiesen. Ja, die Reaction war so heftig, dass die venerischen Geschwüre sogar noch häufiger auftraten, als in den nie unter dem Gesetze gewesenen Stationen, wo sie im Jahre 1884 nur mit 125·2 $^0/_{00}$ vertreten waren.

Die Einstellung der Acts war also eine glänzende Gegenprobe und ein vollwiegender Beweis, welcher deren Wirksamkeit nur noch fester stellte. Eine geringere,

wenn auch nicht zu unterschätzende Einwirkung übte das Gesetz auf die Syphilis und Gonorrhöe, wie aus den einzelnen Posten der obigen Tabelle hervorgeht.

Aehnlich wie in der Landarmee, kennzeichnete sich die Wirksamkeit der Contagious diseases acts auch in der englischen Flotte. Ein diesbezüglicher Parlamentsbericht vom Jahre 1877 meldet summarisch die Beobachtungen in 10 Hafenorten, von denen 5 unter den Schutz der Acts gestellt waren. Die letzteren sind: Dartmouth, Plymouth, Portsmouth, Queenstown, Southampton, die 5 nicht geschützten: Greenock, Hull, Kingstown, Leith, Liverpool. Im Mittel der Jahre 1860 bis 1863, also bevor die Acts durchs Parlament gegangen waren, betrug die Zahl der Syphilitischen in der ersten Gruppe 75·02‰, in der zweiten 70·05‰. Im Mittel der Jahre 1870 bis 1875, wo die Acts in der zweiten Gruppe in voller Wirksamkeit waren, stellte sich die Syphilis in der ersten Gruppe mit 43·52‰, in der zweiten mit 96·37‰. Ueberblicken wir dieses Verhalten:

Periode	5 Häfen unter den Acts	5 Häfen nicht unter den Acts
1860—1863	75·02‰	70·05‰
1870—1875	43·52‰	96·37‰
	— 31·50‰	+ 26·32‰

Es hat also in den 5 unter dem Schutze befindlichen Häfen die Syphilis um 31·50‰ abgenommen, in den anderen um 26·32‰ in derselben Zeit zugenommen, der Unterschied, wenn die zwei Gruppen vor und nach der Einführung der Acts verglichen wurden, belauft sich also auf 57·77‰ zu Gunsten der geschützten Stationen. Das Gesetz hat also in 5 Häfen mit Bezug auf die Syphilis geradezu rettend eingegriffen. Nicht so befriedigend ist das Resultat für die Gonorrhöe. Selbe war in

Periode	5 Häfen unter dem Gesetz	5 Häfen nicht unter dem Gesetz
1860—1863	26·51‰	29·34‰
1870—1875	63·08‰	52·36‰
	+ 36·57‰	+ 23·02‰

Es gab also in den beiden Gruppen einen Zuwachs der Erkrankungen. Director General Sir Armstrong erklärt dies durch

die Thatsache, dass es vor Einführung der Acts üblich war, Fälle von Gonorrhöe nur mit ernstem Charakter in die Ausweise aufzunehmen, wodurch es geschah, dass die Mehrzahl der Tripper nicht ausgewiesen wurde. In der letzten Zeit wurden jedoch die Ausweise eingehender bearbeitet und in Folge dessen eine höhere Zahl von Gonorrhoischen ausgewiesen, welche sonst gar nicht verzeichnet worden wäre.

Eine Gesammtübersicht über die Syphilis der Schiffsmannschaft gibt die Tabelle 46. Sie ist um so werthvoller, als sie sich

Tabelle 46.

Periode	In den Häfen	
	unter	nicht unter
	den Acts	
1860—1863	75·02	70·05
1864—1865	79·12	100·00
1866—1870	47·19	84·74
1871—1880	40·64	99·35

über einen Zeitraum von vollen 20 Jahren erstreckt. Sie zeigt, wie es schliesslich gelang, durch die Contagious diseases bill die Syphilis in den Häfen auf die Hälfte zu reduciren, genau so, wie beim Landheer. Die unglücklichen Folgen der Aufhebung des Gesetzes zeigt dann die Tabelle 47. Zum Verständniss derselben sei hinzugefügt, dass die englischen Berichte

Tabelle 47.

Die Venerischen im Marinespital		
laut Ausweis vom	Haslar	Plymouth
30. Juni 1882	192·4	125·0
31. December 1882 . .	191·7	104·1
30. Juni 1883	235·5	149·9
31. December 1883 . .	283·7	230·7
30. Juni 1884	322·0	163·3
31. December 1884 . .	312·7	156·1

der Marine die Zahl der venerischen Erkrankungen am Schlusse jedes Halbjahrs ausweisen, und zwar summarisch. Demgemäss sind in der Tabelle die Venerischen in den zwei grossen Marinespitälern zu Portsmouth (Haslar Hospital) und Plymouth in Promille des Effectivstandes ausgewiesen.

Auch hier, wie bei den Landtruppen, ist die auffällige Steigerung der venerischen Erkrankungen nach Aufhebung jenes Gesetzes deutlich ersichtlich. Das Mittel für 1882 betrug im Hospital Haslar 192‰, im Plymouth Hospital 114·5‰, für 1883—1884 in Haslar 288·4‰, in Plymouth 175‰. In beiden Marinespitälern sind also nach Aufhebung der Acts die venerischen Erkrankungen rasch und hoch hinaufgeschnellt. Wie excessiv sie in den letzten Jahren steigen, darüber referirte Janssen aus Brüssel auf dem letzten Congresse italienischer Hygieniker (Bologna, October 1888. Vergl. Isidor Neumann, „Die Prophylaxis der Syphilis", Wien 1889, S. 157). Demnach wurden in den Marinespitälern Grossbritanniens Syphilitische und Venerische verpflegt

in den Jahren	1870 bis 1883 blos	632 bis 934
im Jahre	1884	2153
„ „	1885	2216
„ „	1886	2537
„ „	1887	2686

Einen detaillirten Ziffernausweis über die Wirksamkeit des Gesetzes in den Jahren 1860 bis 1878 gibt die Tabelle 48. Deutlicher als an derselben, übersieht man die Sachlage aus der graphischen Darstellung Tafel 7. Es ist dort das Verhältniss der Erkrankungen an primärem Schanker und Tripper sowohl in den Garnisonen unter dem Gesetze als in denen nicht unter dem Gesetze befindlichen versinnlicht. Man sieht, wie vom Jahre 1860 bis 1878 sowohl Schanker als Tripper in allen Garnisonen gesunken sind, wie jedoch seit dem Jahre 1868 plötzlich die Schanker in den unter dem Gesetze befindlichen Garnisonen besonders stark herabgehen und sich tief unter dem Niveau der übrigen halten, zum Beweis, dass es gelungen, durch das Gesetz die Zahl der Schanker tief herabzumindern, ein Verhältniss, welches sofort eintrat, als das Gesetz erst zum Theile in Wirksamkeit stand.

Tabelle 48.

Jahr	Garnisonen unter dem Gesetze					Garnison. nicht unter d. Gesetze				
	Effectiv-Stand	darunter		‰		Effectiv-Stand	darunter		‰	
		primäre Schanker	Tripper	primäre Schanker	Tripper		primäre Schanker	Tripper	primäre Schanker	Tripper
1860	54.479	8405	7966	146	139	40.224	5291	4998	132	131
1861	51.328	7267	7133	142	139	37.627	4577	4063	122	168
1862	45.322	5314	6283	117	139	32.851	3264	3925	99	120
1863	43.419	4653	5202	107	120	32.526	3521	3638	108	112
1864	40.694	4135	4803	102	118	32.558	3279	3252	101	100
1865	43.078	4077	4937	95	115	29.921	2956	3373	99	113
1866	34.476	3444	4573	87	116	30.816	3594	2993	84	97
1867	34.411	3640	5274	91	132	33.509	3367	2946	101	118
1868	42.595	3533	5685	83	133	35.666	3370	4061	95	114
1869	42.017	2765	4466	66	106	31.747	3366	3431	106	108
1870	41.580	2268	4081	55	98	33.734	3134	3915	93	95
1871	54.096	2763	6254	52	116	38.571	3122	3969	81	107
1872	50.794	2752	5280	54	104	41.424	3736	4023	90	97
1873	48.039	2420	3046	50	82	40.918	3707	3508	81	86
1874	48.136	2039	2968	42	62	38.701	2555	2596	66	67
1875	48.606	1717	2825	35	58	39.541	2324	2488	60	63
1876	48.620	1622	3302	33	68	38.073	2416	2642	64	69
1877	52.422	1809	3585	35	68	39.721	2690	3376	68	85
1878	55.813	2235	4348	40	78	45.316	3970	3144	88	69

Wie wichtig Repressivmassregeln gegen das Ueberwuchern venerischer Erkrankungen gerade in der britischen Armee sind, das ergibt sich aus der Tabelle 49, welche die Venerischen ohne Zuzählung der Tripperkranken ausweist. Aus derselben geht hervor, dass die britische Armee bei einem mittleren Effectivstand von 105.813·62 Mann ohne Zuzählung der Tripperkranken im Mittel jährlich unter je 1000 Mann 87·0 Venerische hat. Mit Zuzählung der Tripper war die Zahl aller Venerischen

im Jahre 1871 . . . . . . 206·2‰
" " 1879 . . . . . . 138·7‰

das sind also ganz exorbitant hohe Zahlen.

Besonders stark verbreitet waren die venerischen Erkrankungen bei den Besatzungen von London und Windsor. Hier erreichten die schankrösen und syphilitischen Formen im Jahre 1871 allein 165·8‰. Im Jahre 1870 hatten die Fussgarden allein ein

Sechstel ihres Effectivstandes und ein Viertel aller Kranken in Spitalsbehandlung. Es betrugen die schankrösen und syphilitischen Formen in der Garnison:

im Jahre	1875	1876	1877	1878
in London	188·8	151·1	174·6	209·0 $^{0}/_{00}$
in Dublin	93·0	96·9	105·4	123·0 $^{0}/_{00}$

Tabelle 49.

Jahr	Effectiv-stand	Vene-rische (ohne Tripper)	$^{0}/_{00}$	Jahr	Effectiv-stand	Vene-rische (ohne Tripper)	$^{0}/_{00}$
1869	126.825	.	98·5	1875	88.147	6.578	74·6
1870	.	.	106·3	1876	87.758	6.376	72·6
1871	92.667	.	93·7	1877	92.143	6.691	72·7
1872	.	.	.	1878	101.129	8.904	88·0
1873	.	.	.	1879	164.642	15.213	92·4
1874	93.198	7.215	77.4				

Bei den britischen Truppen im Auslande wurden eben so häufig venerische Erkrankungen beobachtet, während die farbigen Truppen weniger ergriffen waren. Nur die schwarzen Truppen in Bahama mussten im Jahre 1871 volle 200 $^{0}/_{00}$ an Syphilis und Schanker nebst 100 $^{0}/_{00}$ an Tripper, zusammen also beinahe ein Drittel ihres Bestandes wegen venerischer Erkrankungen in die Spitalsbehandlung abgeben. Das Jahr 1876 verzeichnet in der Colonialarmee folgende Zahlen venerischer Erkrankungen ohne Einrechnnng der Gonorrhöe:

Cap und St. Helena . . 115·6 $^{0}/_{00}$
Bengalen . . . . . . 91·4 $^{0}/_{00}$
Madras . . . . 108·2 $^{0}/_{00}$

Die englische Armee in Indien hatte im Jahre 1884 einen Bestand von durchschnittlich 54·996 Mann. In den einzelnen Präsidentschaften betrug die Durchschnittsstärke:

Bengalen 33.486
Madras 10.785
Bombay 10.725

Die syphilitischen Erkrankungen waren recht häufig, und traten besonders stark in Bombay auf.

Anmerkung. Die durchschnittliche Stärke der regulären britischen Landarmee mit Ausschluss der colonialen Truppen betrug in den Jahren

1874—1883 im Ganzen . .	1,701.553	Mann
1884	167.686	„
1885	198.064	„

Daraus ergibt sich für die Jahre 1874 bis 1885 eine Durchschnittsstärke von 172.275 Mann.

Die Iststärke der englischen Flotte betrug im Jahre 1885 durchschnittlich 46.670 Mann. Sie vertheilen sich auf folgende Stationen:

Pacific	1.710
Westküste von Afrika und Cap der guten Hoffnung	1.750
England	23.100
Nordamerika und Westindien . . .	2.400
Südostküste von Amerika	2.510
Australien	1.420
Mittelmeer	5.360
China	3.670
Irreguläre	4.850
Ostindien	1.900

Die neuesten Nachrichten über die Wirkung der Contagious diseases acts (Wilhelm Roth, Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens, XIII. Jahrg. Bericht für das Jahr 1877, Berlin 1888), berichten folgende hochinteressante Details:

Die Aufhebung der Schutzgesetze gegen die Syphilis hat in Woolwich der dortigen Localbehörde Veranlassung gegeben, auf Grund der vom Chefarzte zu Woolwich gemachten Angabe, Schritte für die Wiedereinführung dieser Gesetze zu thun, da die Verbreitung der Syphilis seitdem wesentlich zugenommen hat.

Die Lazarethe zur Behandlung syphilitischer Frauenzimmer wurden in Indien 1876 eingeführt. Bis 1877 ging die Zahl der syphilitisch Erkrankten herunter, von da ab stieg dieselbe bis 1884. In Folge dessen wurde 1885 versuchsweise eine Verminde-

rung dieser Lazarethe herbeigeführt, worauf ein enormes Ansteigen der syphilitisch Erkrankten erfolgte in dem Verhältniss, dass 192 Mann pro mille in den ungeschützten, 61·2 in den geschützten Stationen erkrankten.

Die Aufhebung der Schutzgesetze gegen Syphilis hatte zur Folge, dass in der Garnison Calcutta die Erkrankungen an dieser Krankheit, welche in den letzten vier Jahren auf 2% heruntergegangen waren, 1883 auf 10%, 1884 auf 58% stiegen.

Kurz nach Aufhebung der Schutzgesetze erliess die Regierung an die Gouverneure verschiedener Colonien: Ceylon, Hongkong, Strasse von Malakka, Labuan, St. Helena, Malta, Fidji, Barbadoes, Jamaika und Trinidad Anfragen, ob das Interesse der Colonien dringend die Aufrechterhaltung der Schutzgesetze verlange; wiewohl sich die Gouverneure und Sanitätsofficiere zu Gunsten der Schutzgesetze aussprachen, verlangten nur Malta und Fidji absolut die Wiedereinführung. Es geht eben in den britischen Colonien genau so wie in England zu. Ein eminent praktisches Volk leidet an einem unglaublichen Mangel an Urtheilskraft, an einer übertriebenen Auffassung der persönlichen Freiheit und pietistischer Engherzigkeit, und erstickt in Folge dessen seine eigenen Errungenschaften selbst auf Kosten der eigenen Armee, des eigenen Fleisches und Blutes.

Russland, Italien, Belgien, Holland, Nordamerika, Japan.

Für die Bearbeitung der venerischen Erkrankungen in den Armeen der folgenden Staaten lag leider nur ein spärliches Material vor. Indess bieten auch diese Angaben, so gering sie sind, genug des Wichtigen.

Russland.

Die Territorial-Eintheilung der russischen Armee gibt die Tabelle 50.

Im Jahre 1872 erkrankten im Ganzen von 1000 der mittleren Sollstärke 1063·7 Mann. Die venerischen Erkrankungen waren vertreten im Jahre

1872 mit 50·17‰
1873 „ 46·00 „
1874 [1]) „ 42·00 „

[1]) Bei einem Effectivstande von 883.314 Mann.

Tabelle 50.

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">Militär-Bezirk</th><th colspan="4">umfasst das</th></tr>
<tr><th>Gouvernement</th><th colspan="3">Local-Brigade-Commando</th></tr>
<tr><td>I</td><td>Petersburg</td><td>Petersburg, Pskow, Olonec, Archangelsk, Esthland</td><td>1
2</td><td colspan="2">Petersburg
Archangelsk</td></tr>
<tr><td>II</td><td>Gen.-Gouv. Finnland</td><td>Grossfürstenthum Finnland</td><td>3</td><td colspan="2">Helsingfors</td></tr>
<tr><td>III</td><td>Gen.-Gouv. Wilna</td><td>Wilna, Grodno, Kowno, Witebsk, Minsk, Mohilev, Livland, Kurland</td><td>4
5
6</td><td colspan="2">Wilna
Riga
Minsk</td></tr>
<tr><td>IV</td><td>Gen.-Gouv. Warschau</td><td>Königreich Polen</td><td>7
8</td><td colspan="2">Warschau
Siedlec</td></tr>
<tr><td>V</td><td>Gen.-Gouv. Kijew</td><td>Kijew, Wolhynien, Podolien</td><td>9</td><td colspan="2">Kijew</td></tr>
<tr><td>VI</td><td>Odessa</td><td>Cherson, Jekaterinoslaw, Taurien, Bessarabien</td><td>10
11</td><td colspan="2">Odessa
Jekaterinoslaw</td></tr>
<tr><td>VII</td><td>Charkow</td><td>Charkow, Cernigov, Poltava, Orel, Kursk, Voroneš</td><td>12
13
12</td><td colspan="2">Poltava
Kursk
Charkow</td></tr>
<tr><td>VIII</td><td>Gen.-Gouv. Moskau</td><td>Moskau, Vologda, Kostroma, Jaroslav, Niž-Novgorod, Wladimir, Twer, Smolensk, Kaluga, Tula, Rjäsan, Tambow</td><td>15
16
17
18</td><td colspan="2">Moskau
Tula
Wladimir
Jaroslav</td></tr>
<tr><td>IX</td><td>Kazan</td><td>Kazan, Wjatka, Perm, Pensa, Simbirsk, Samara, Saratow, Astrachan</td><td>19
20
21
22</td><td colspan="2">Kazan
Saratow
Perm
Orenburg</td></tr>
<tr><td>X</td><td>Kaukasus</td><td>Stawropol und die Kaukasusländer</td><td>23
24</td><td colspan="2">Wladikavkaz
Tiflis</td></tr>
<tr><td>XI</td><td>Gen.-Gouv. Omsk</td><td>Tornosk, Tobolsk und die Steppe</td><td rowspan="4">Hauptquartier</td><td>Wjernoje</td><td rowspan="4">Die hier stationirten Truppen gehören keinem Armee-Corps-Verbande an</td></tr>
<tr><td>XII</td><td>Gen.-Gouv. Turkestan</td><td>Provinzen Syr-Darja, Semirečenskaja, Fergana</td><td>Taschkend</td></tr>
<tr><td>XIII</td><td>Gen.-Gouv. Ost-Sibirien</td><td>Irkutsk, Jenisejsk, Gebiet von Jakutsk</td><td>Irkutsk</td></tr>
<tr><td>XIV</td><td>Amur</td><td>Wladivostok, Insel Sachalin, Gebiete: Transbaikal, Amur, Premorskaja (Küstenland)</td><td>Chabarovka</td></tr>
<tr><td>XV</td><td>Don Land</td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

Bemerkenswerth ist der rasche Abfall innerhalb dieser 3 Jahre. Die Betheiligung der einzelnen Waffengattungen im Jahre 1872 gestaltete sich folgendermassen. An venerischen Krankheiten

	erkrankten	starben
Infanterie	41·79‰	0·01‰
Cavallerie	30·70 „	0·01 „
Artillerie	39·70 „	—
Ingenieure	37·03 „	—
Localtruppen . . .	50·35 „	0·05 „
Irreguläre	21·35 „	0·03 „

Es muss dabei auf die höchste Erkrankungsziffer bei den Localtruppen besonders aufmerksam gemacht werden. Diese Truppen erfreuen sich einer besonders stabilen Dislocation. Es spricht dies abermals für die im Vorigen bereits mehrfach erörterte Annahme, dass die stabile Dislocation der Truppen einer Vermehrung der venerischen Erkrankungen Vorschub leistet.

Nach einer von Zemanek a. a. O. S. 44 angeführten Angabe von Tarnowsky im medicinischen Journal Wojeno, 1881, 2, gelangt in Russland der an Syphilis erkrankte Soldat in den ersten 2 Jahren 5mal in Spitalsbehandlung, nämlich 1mal mit der primären Erkrankung und 4mal mit deren Folgeerscheinungen. Die erste Behandlung dauert (im Warschauer Spitale) 63 Tage, die der anderen je 60 Tage, zusammen 300 Tage! Fehlen auf 1 Jahr nur noch 2 Monate! Nach einem anderen ebenda citirten Berichte von Welitschkowski im Octoberheft 1880 des medicinischen Journals Wojeno über das temporäre Militärhospital Nr. 56 waren im russisch-türkischen Kriege 1877 bis 1878 in einem einzigen Feldspital 268 Venerische in Behandlung. 80 derselben sind genesen, 187 wurden evacuirt, 1 ist gestorben. Dieser Fall bietet ein ganz augenfälliges Beispiel, wie excessiv venerische Krankheiten in einem Feldzuge auftreten können.

Italien.

Ueber das italienische Heer liegen mir folgende Angaben vor, von denen die wichtigsten in der Tabelle 51 zusammengestellt sind. Die 24.263 Fälle von venerischen Erkrankungen, welche 1870

in Militärspitälern behandelt wurden, vertheilen sich auf die einzelnen Formen folgendermassen:

Tripper	9.421
Venerische Ophthalmien	85
Primäre Geschwüre	13.344
Constitutionelle Syphilis	1.413
	24.263

Tabelle 51.

Jahr	Durchschnittlicher Effectivstand	Venerische Erkrankungen	Hievon in Spitälern behandelt	‰
1870	207.000	.	24.263	117
1871	.	16.889	.	.
1872	.	18.117	.	.
1873	.	15.923	.	.
1874	.	14.916	.	.
1875	.	.	.	73
1876	.	.	.	.
1877	.	.	.	.
1878	195.175	20.851	.	107
1879	.	14.414	.	.
1880	.	13.540	.	.
1881	.	14.147	.	.

Daraus folgt, dass die Tripperformen mit Einschluss der venerischen Ophthalmien nur 391·7‰, die primären Geschwüre 549‰, die constitutionelle Syphilis 58·2‰ aller venerischen Erkrankungen betrugen. Dieses Verhältniss weicht von dem bei anderen Armeen beobachteten insofern stark ab, als die Tripperformen in auffallender Minderzahl sich befinden. Umsomehr muss es überraschen, dass in diesem Jahre die Behandlungsdauer für je eine venerische Erkrankung nur 20 Tage betrug.

Die übrigen zu Gebote stehenden Zahlen sind zu unvollständig, um ein nur einigermassen entsprechendes Gesammtbild zu bieten. Es sei daher nur noch die territoriale Vertheilung der venerischen Erkrankungen im italienischen Heere für das Jahr 1878 angeführt. Wie aus der Zahlen-Tabelle 52 ersichtlich, schwankten die venerischen Erkrankungen zwischen 31·4 bis 114·6‰ der Effectivstärke. Je nach der Häufigkeit des Auftretens der Venerie

Tabelle 52.

Italien im Jahre 1878							
Territorial-Division	Effectivstand der Besatzung	Venerische Krankheiten	‰	Territorial-Division	Effectivstand der Besatzung	Venerische Krankheiten	‰
Turin . . .	14.781	689	47·0	Ancona . . .	9.702	586	60·4
Alessandria .	10.571	465	44·1	Florenz . . .	9.841	719	73·1
Mailand . .	10.759	869	83·7	Rom	12.522	493	39·4
Brescia . . .	6.342	347	55·1	Chieti . . .	6.541	593	91·2
Bologna . .	10.973	715	65·5	Neapel . . .	17.715	2039	114·6
Verona . . .	12.138	1021	83·4	Salerno . . .	5.115	396	77·6
Padua . . .	10.616	102	56·7	Bari	5.741	419	73·5
Piacenza . .	14.785	920	62·5	Catanzaro . .	4.833	534	111·3
Genua . . .	7.232	226	31·4	Palermo . .	12.513	660	52·8
Perugia . .	4.683	273	36·0	Messina . .	4.789	460	92·0

zerfallen die Territorial-Divisionen in mehrere Abtheilungen und Gruppen.

1. Abtheilung bis 65·5‰.

Gruppe a) 31·4 bis 47·0‰

Genua, Perugia, Rom, Alessandria, Turin.

Gruppe b) 52·8 bis 65·5‰

Palermo, Brescia, Padua, Ancona, Piacenza, Bologna.

2. Abtheilung 73·1 bis 114·6‰.

Gruppe a) 73·1 bis 77·6‰

Florenz, Bari, Salerno.

Gruppe b) 83·7 bis 91·2‰

Mailand, Verona, Chieti.

Gruppe c) 98·0 bis 114·6‰

Messina, Catanzaro, Neapel.

Verhältnisse, wie die der letztgenannten Territorial-Divisionen, wo in einem Jahre ein Zehntel und darüber venerisch erkrankt, können keineswegs als günstig angesehen werden.

Belgien und Holland.

Die Iststärke der belgischen Armee betrug in den Jahren 1880 bis 1884 im Ganzen 220.755, im Mittel jährlich 44.151 Mann.

Im Jahre 1885 betrug sie 46.017 Mann. Im Mittel der Jahre 1880 bis 1884 kamen unter den Revierkranken auf je 100 Mann der Iststärke 0·08, auf je 100 Kranke 0·07 Venerische. 1885 kamen unter den Revierkranken auf je 100 Mann Iststärke 0·15 Venerische, auf je 100 Kranke 0·13. Im Jahre 1886 betrug die Iststärke der belgischen Armee 50.571. Die Erkrankungen zeigten gegenüber dem Vorjahre folgendes Verhältniss:

	1885		1886	
	Auf 100 Mann	Auf 100 Kranke	Auf 100 Mann	Auf 100 Kranke
Syphilitische	0·15	0·13	0·13	0·11

In den Hospitälern kamen vor:

Tabelle 53.

	Venerische		
	im Jahre		
auf je 1000 Kranke	1875—1879	1880—1884	1875—1884
	178·6	170·3	174·45

Vergleicht man diese Tabelle mit den bei anderen Armeen berechneten, so erscheinen diese Zahlen auffallend hoch. Man erinnere sich z. B., dass im Mittel der Jahre 1870 bis 1885 im k. k. Heere die venerischen Erkrankungen nur mit 116·4°/₀₀ im Krankenstande der Heilanstalten vertreten waren. Allerdings haben sie dort in der letzten Zeit eine Höhe erreicht (1885 : 171°/₀₀), welche mit der in Belgien ziemlich genau correspondirt. In letzterem Staate nehmen die venerischen Krankheiten in den Jahren 1875 bis 1884 in Militär-Hospitälern an Zahl den ersten Rang ein. In dieser Armee kamen vor in Hospitälern an behandelten Krankheiten:

Tabelle 54.

	1875—1879	1880—1884
	auf je 100 Kranke	
Venerische Krankheiten	**17·86**	**17·03**
Krankheiten des Ernährungssystems	15·77	16·85
Verschiedene Krankheiten	13·95	14·23
Krankheiten der Respirationsorgane	11·17	9·96
Gelenkkrankheiten	5·75	6·92
Augenkrankheiten	7·30	6·77
Fieber	7·00	5·13

In der niederländischen Armee betrug die Iststärke im Jahre 1886 durchschnittlich 31.419 Mann. Das Verhältniss zur Gesammtkrankenzahl war für die Venerischen:

Im Jahre 1885 1 : 10·3
" " 1886 1 : 9·8

Unter den im Revier Behandelten stellte sich das Verhältniss zur Gesammtkrankenzahl im Jahre 1886 für die venerischen auf 1:124·7. Ueber die niederländische Colonial-Armee in Indien besteht ein sehr interessanter Bericht von Ludwig Döring aus Sintang in Borneo. (Deutsche militär-ärztliche Zeitschrift VIII. 1879. S. 22. „Mittheilung über die Militär-Sanitätsverhältnisse in Niederländisch-Indien.") Derselbe bezieht sich auf das Jahr 1876. Die Tabelle 55 gibt eine Zusammenstellung der wichtigsten Daten. Demgemäss waren unter je 1000 Mann 211 venerisch. Unter je 1000 Venerischen waren krank an primären Geschwüren 898·4, an allgemeiner Syphilis 101·5. In Folge der letzteren kamen 52 Todesfälle vor. All diese Zahlen sind von einer überraschenden Höhe.

Tabelle 55.

	Effectiv-stärke der Armee	Hievon erkrankten	
		an primären Geschwüren	an allgemein. Syphilis
Europäer	15.513	4609	607
Afrikaner	298	61	8
Amboinesen (Molukken-bewohner)	1.028	—	—
Indier	21.092	2546	201
Summe .	37.931	7216	816
		8032 = 211‰	

Sehr ungleich ist das Verhalten der Rassen, wie aus der nachfolgenden Tabelle 56 zu ersehen. Demnach erkrankten an venerischen Affectionen hauptsächlich die Afrikaner, am seltensten die Eingeborenen.

Eine ganz eigenthümliche Institution, in ihrer Art einzig dastehend, wird von officieller Seite sehr hoch gepriesen. Es darf

in der niederländischen Colonialarmee jeder Soldat in der Kaserne eine Eingeborene sich halten. Diese Frauen sind dem militärischen Disciplinarstrafrechte unterworfen, haben Anspruch auf Behandlung in Militär-Heilanstalten, werden bei Mobilisirungen in den Kasernen compagnieweise vereinigt und verpflegt. In Folge dieser Massregel hat die Syphilis in Niederländisch-Indien bedeutend abgenommen. Im Jahre 1880 betrug die Zahl der Frauen 10.130 auf einen durchschnittlichen Armeestand von 30.173 Mann. Es machten also von je 1000 Mann 335·7, das ist ein Drittel, von jener Massregel Gebrauch. Die venerischen Erkrankungen (ohne Einbezug der Gonorrhöe) waren auf 75‰ gesunken. Sicher ein glänzendes Resultat.

Tabelle 56.

Venerische Erkrankungen in ‰		
	in Java, Madura, Atje	in den auswärtigen Strandbesitzungen
Europäer	100	67·3
Afrikaner	136	142·8
Eingeborene	53	44·6

Es wurde bereits früher die geringe Disposition der Eingeborenen bei den indischen Truppen für venerische Erkrankungen hervorgehoben. Jene Beobachtung steht nicht allein da. So litten im Jahre 1882 in der holländisch-indischen Armee an:

	venerischen Krankheiten	Syphilis
Europäer	44‰	6·4‰
Eingeborene	24 „	1·9 „

Dies gibt einen ganz auffallenden Ausschlag zu Gunsten der Eingeborenen. Breitenstein („Die Syphilis in der holländisch-indischen Armee.“ Berliner klinische Wochenschrift 1886. S. 66) findet die wesentliche Ursache hiefür in der Beschneidung, da beide Rassen unter denselben socialen Verhältnissen leben.

Freistaaten von Nordamerika.

Die Durchschnittsstärke der Armee in den Vereinigten Staaten betrug im Jahre 1886:

Weisse	21.944
Farbige	2.194
Zusammen	24.138 Mann,

nebst 252 indianischen Kundschaftern. Die venerischen Erkrankungen ergriffen:

Im Jahre 1884	72‰
„ „ 1885	66 „
„ „ 1886	55 „

Sie befinden sich demnach in den 3 Jahren 1884 bis 1886 in merklichem Niedergange, und weisen zum Schlusse eine nicht besondere Höhe auf. Auch hier sind die Rassen verschieden disponirt. So erkrankten im Jahre 1884 an

	venerischen Krankheiten	constit. Syphilis
Farbige . . .	81‰	21‰
Weisse . . .	63 „	15 „

Es litten demnach die Farbigen an einer bedeutend höheren Zahl von venerischen Erkrankungen.

Japan.

Die Armee dieses mächtig aufstrebenden Staates hatte im Jahre 1884 eine Durchschnittsstärke von 36.970 Mann. An venerischen Erkrankungen kamen vor 2620 = 70‰ der Iststärke oder 34‰ aller Krankheitsfälle. Gestorben sind an venerischen Krankheiten 0·1‰ der Iststärke. Unter je 1000 Todesfällen waren 9mal venerische Krankheiten die Todesursache. Diese Verhältnisse gehören zwar nicht zu den günstigsten, bieten jedoch keineswegs auffallende Besonderheiten. Im Jahre 1885 betrug die Durchschnittsstärke der Armee bereits 43.190 Mann. An venerischen Krankheiten kamen vor 3632 = 84·1‰ der Iststärke oder 43·1‰ der Krankheitsfälle. Unter je 1000 Todesfällen waren 6 an venerischen Krankheiten. Es starben in Folge der letzteren 0·04‰ der Iststärke. In den 2 Jahren hat also nicht nur die Armee sich vermehrt, sondern haben auch die venerischen Krankheiten absolut und relativ zugenommen.

Rückblick.

Es wurde im Vorhergehenden nachgewiesen, dass die venerischen Erkrankungen in den meisten Armeen jährlich unter je 1000 Mann von deren Kopfstärke 50 bis 100 ergreifen. Wenn jedoch unter je 1000 Mann 100 erkranken, so bedeutet dies eine thatsächliche Decimirung. Es wurde ferner nachgewiesen, dass jene Zahl für ganze Armeen bis 200 und darüber, für einzelne Garnisonen und Truppenkörper bis 333 steigt, wo dann ein volles Drittel venerisch erkrankt ist. Vergleicht man damit die Verwundungen in den letzten grösseren Kriegen, wie sie die Tabelle 57 ausweist, und lässt die ganz abnormen Zahlen der Amerikaner und Krim ausser Betracht, so sieht man, dass die Zahl der jährlichen venerischen Erkrankungen im Frieden den Verlusten durch Verwundungen in einem regulären Kriege in nichts nachsteht.

Tabelle 57.

Verluste durch Verwundungen	‰
Amerikaner im Rebellionskriege	603
Franzosen im Krimkriege	506
Engländer im Krimkriege	330
Franzosen 1859	150
Deutsche in Frankreich 1870/71	101
Preussen in Böhmen 1866	58
Preussen in Schleswig-Holstein 1864	49
K. k. Heer in Bosnien 1875	20

Ein anderer Vergleich, wenn der obige nicht genug competent erscheinen würde, da er nur 8 Kriege berücksichtigt. In einer ausgezeichneten Arbeit („Statistik der Kämpfe der Neuzeit 1792 bis inclusive 1871.“ Wien 1889. In Commission von L. W. Seidel und Sohn) hat Hauptmann Ludwig Freiherr von Gottesheim (S. 97 u. f.) die Verluste an Todten und Verwundeten in 129 Kämpfen der Neuzeit zusammengestellt. Diese Verluste betrugen in dem daraus ermittelten Durchschnitt auf je 1000 Mann der Gesammtstreiterzahl 79·4 Todte und Verwundete. Wenn also eine Armee alljährlich eine Schlacht durchzukämpfen hätte, so würde sie durch den Tod im Gefecht und durch

Verwundungen kaum so viele Streiter verlieren, als ihr alljährlich durch Erkrankungen in Folge venerischer Ansteckung ergriffen wurden. Es erhellt daraus klar und deutlich: durch die venerischen Erkrankungen werden die Armeen jährlich in gleichem Masse bedroht, wie durch den Tod und Verwundungen in einem Kriege. Es ist thatsächlich ein furchtbarer verheerender Krieg, welcher permanent gegen die Berufsarmeen wüthet, um so furchtbarer, als er tückisch in aller Stille sich vollzieht.

Es wurde weiter gezeigt, wie das Auftreten venerischer Erkrankungen und deren Anwachsen in einer Armee abhängt: erstens von der localen Verbreitung der venerischen Krankheiten, dann von der Rasse und Nationalität Derer, welche sich ihnen aussetzen, von der Waffengattung, vom Verkehr mit der Civilbevölkerung, und der Jahreszeit, beziehungsweise den klimatischen Verhältnissen. Es hat sich ergeben, dass die hohe Zahl der venerischen Erkrankungen im Gefolge eines Krieges noch emporgeschnellt wird, dass ein Kriegsschauplatz den üppigsten Nährboden für sie bietet.

Man hat gesehen, dass unter den einzelnen Affectionen in den Armeen Mitteleuropas die gonorrhoischen Erkrankungsformen etwa die Hälfte, die schankrösen und syphilitischen je etwa ein Viertel einnehmen. Man wird auch die Ueberzeugung gewonnen haben, dass trotz der Minderzahl, in der sie auftritt, die Syphilis die schwersten Folgen nach sich zieht.

Es hat sich die Gelegenheit ergeben, zu zeigen, wie einschneidend die Rückwirkung der venerischen Krankheiten ist und werden kann, es fand sich auch Gelegenheit, hinzudeuten, wie und auf welche Art ihr hemmend entgegengetreten werden könnte. Letzteres im Detail auszuführen, soll im folgenden Abschnitt versucht werden.

Constatiren wir vor Allem, dass die venerischen Krankheiten in allen Armeen ausnahmslos in abnorm hohem Grade verbreitet sind, in einem Grade, welcher der eingehendsten Remedur bedarf. Constatiren wir ferner, dass diese Verbreitung weder in Armee-Corps noch in Armeen ihre Grenzen hat, sondern dass ein Uebergreifen der Extensität zwischen einzelnen Armee-Corps, ja von

einer Armee [1]) auf die andere stattfindet. Dieses Ergebniss, welches beweist, **dass das Auftreten venerischer Erkrankungen nicht an die Armeen als solche gebunden ist,** gehört zu den wichtigsten der bisherigen Untersuchung. Daraus folgt, dass alle Schutzmassregeln gegen die venerischen Erkrankungen in den Armeen vor allem Anderen ausserhalb der Armeen ansetzen müssen. Es wäre ja sonst ein vergebliches Mühen, z. B. in der preussischen Armee allein gegen die venerische Infection zu arbeiten, so lange von Russland, Frankreich und Belgien stets neue Invasionen stattfinden, ohne sofort getilgt zu werden. In erster Linie sind es nicht die Armeen, sondern deren Ländergebiete, welche die venerischen Krankheiten hegen. In erster Linie muss also eine Ameliorirung des Bodens stattfinden, auf welchem die Armeen wachsen. Die letzteren werden mit den venerischen Erkrankungen bald abgerechnet haben, unter der Voraussetzung, in den Armeebereichen keinen Strich durch ihre Rechnung zu finden.

---

[1]) Einfluss von Frankreich und Russland auf die Erkrankungen an Venerie in den Grenzbezirken der deutschen Armee.

Bemerkung zu der Arbeit Elsenberg's

„Ueber den Favuspilz bei Favus herpeticus".[1]

Von

Dr. J. Jadassohn,

Assistent an der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilis des Prof. Neisser zu Breslau.

Elsenberg ist in der Schlussanmerkung zu seiner Arbeit „Ueber den Favuspilz bei Favus herpeticus" auf meine beim I. Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Prag gehaltene Demonstration kurz eingegangen und hat behauptet, ich hätte ihn mit Unrecht beschuldigt, zwei Pilzarten für den Favus angenommen zu haben. Ich würde darauf verzichten, in eine Polemik über diesen Punkt einzutreten, wenn ich Aussicht hätte, in absehbarer Zeit mich mit den von mir viel cultivirten Favuspilzen wieder publicistisch beschäftigen zu können. Da das aber — wegen mannigfacher anderweitiger Arbeiten — nicht der Fall ist, glaube ich verpflichtet zu sein, den strittigen Punkt klar zu stellen. Ich habe in meinem kurzen Vortrage das Wesentliche aus der kurz vorher erschienenen Mittheilung Elsenberg's referiren zu müssen geglaubt, und habe dies mit den Worten gethan: „Auch Elsenberg nimmt den Quincke'schen Ergebnissen gegenüber einen, wenn nicht schroff ablehnenden, so doch recht skeptischen Standpunkt ein. Trotzdem hat auch er nicht einen einzigen Pilz bei seinen Culturversuchen erhalten, sondern er hat zwei Varietäten gezüchtet, welche zwar mikroskopisch und auf der Mehrzahl der Nährböden sich ganz identisch verhalten, auf Kartoffeln und Agar

---

[1]) Dieses Archiv, pag. 71.

aber constante Differenzen aufweisen. Diese beiden Pilze kommen nicht gesondert, sondern immer neben einander im selben Scutulum vor.“

Ich wüsste nicht, wie ich den wesentlichsten Inhalt der ersten Elsenberg'schen Arbeit hätte anders wiedergeben sollen; denn etwa 10 Seiten derselben beschäftigen sich mit der getrennten Schilderung der beiden Varietäten oder „Varietätchen“, deren constantes Vorkommen (p. 185) noch ganz besonders betont wird. In der Anmerkung zu seiner neuesten Arbeit aber verwischt Elsenberg seinen Standpunkt, indem er nur hervorhebt: es sei ihm aufgefallen, dass der eine von ihm angenommene Pilz auf gewissen Nährböden verschiedenartig zur Entwicklung komme. Liest Jemand, der Elsenberg's frühere Arbeit nicht kennt, diesen Satz, so würde er meines Erachtens nothwendig annehmen müssen: der Verfasser habe nur betont, dass sein Pilz z. B. auf Glycerin-Agar anders wüchse, als auf Gelatine oder auf gewöhnlichem Agar. Und auch die weiteren Ausführungen der in Rede stehenden Anmerkung, welche sich mit dem Agar- und Wassergehalt der Nährböden und dem darnach wechselnden Aussehen der Culturen beschäftigen, lassen keinen anderen Gedanken zu. Diese Verhältnisse aber wären einer Betonung kaum werth gewesen, denn es ist eine ganz allgemein bekannte Eigenthümlichkeit sehr vieler Pilze, auf verschiedenem Nährmaterial ihr makroskopisches und eventuell auch ihr mikroskopisches Verhalten zu wechseln; ja selbst ganz geringe Differenzen in der Zusammensetzung des Nährbodens können beträchtliche Wachsthumsunterschiede bedingen.

Hätte Elsenberg nur dieses Verhältniss zum Ausdruck bringen wollen, so hätte er den Ausdruck Varietät 1 und 2 nicht wählen dürfen — er hätte dann einen Pilz beschreiben müssen, der auf verschiedenen Nährböden verschieden wächst. Statt dessen aber hat er zwei Varietäten geschildert, — d. h. er hat aus jedem Scutulum Pilzindividuen isolirt, von denen die eine Gruppe der anderen zwar in allem Anderen glich, in ihrem makroskopischen Verhalten auf Agar und Kartoffeln aber sich constant unterschied.

Ich habe bereits in Prag betont und muss es hier wiederholen, dass solche constante, wenn auch geringe Wachsthums-

differenzen bisher immer zur Differenzirung verschiedener Pilzarten verwendet worden sind — und da Elsenberg nirgends ein Wort davon sagt, dass etwa die eine Art sich in die andere habe überführen lassen, so muss ich bei meiner Behauptung stehen bleiben. Trifft die Schilderung Elsenberg's zu, so hat er zwei — wenn auch nahe verwandte Pilzarten — vor sich gehabt, und dann muss von jeder der Nachweis erbracht werden, dass sie pathogen ist.

In der letzten Arbeit Elsenberg's ist von den beiden Varietäten nicht mehr die Rede, und ich begrüsse das mit herzlicher Freude — denn ich habe mit meinen Bedenken gegen diese Auffassung nicht zurückgehalten. Ich brauche dieselben jetzt nicht zu wiederholen, muss aber nochmals hervorheben, dass die erste Elsenberg'sche Arbeit nicht anders aufzufassen war, als es von mir geschehen ist, und dass in der erwähnten Anmerkung nicht blos der Ausdruck geändert, sondern in der That eine sachlich differente Ausführung gegeben worden ist. Ich glaube auch jetzt noch, dass die früher hervorgehobenen Differenzen am wahrscheinlichsten durch eine der sehr schwer zu constatirenden Verunreinigungen bedingt waren. Zum Schlusse möchte ich nicht unterlassen, meine Uebereinstimmung mit den in der neuesten Arbeit Elsenberg's niedergelegten Resultaten zu betonen. Auch ich habe in der Zwischenzeit Gelegenheit gehabt, von einem vereinzelten Favusscutulum am Unterschenkel eines an Kopffavus leidenden Patienten Culturen anzulegen und habe neben vielen und schwer zu sondernden Verunreinigungen den eigentlichen von dem Kopffavus her bekannten Pilz gefunden. Leider habe ich nicht Zeit gehabt, Impfexperimente mit demselben zu machen, und ich habe es darum doppelt bedauert, dass Elsenberg seine Absicht, die von ihm mit „besseren Resultaten" vorgenommenen Impfungen zu publiciren, noch nicht ausgeführt hat.



Buchanzeigen und Besprechungen.

J. K. Proksch in Wien: Die Literatur über die venerischen Krankheiten von den ersten Schriften über Syphilis aus dem Ende des fünfzehnten Jahrhunderts bis zum Jahre 1889. Bonn, Peter Hanstein.

Angezeigt von Prof. F. J. Pick in Prag.

Herr Proksch, den Lesern dieses Blattes durch seine ausgezeichneten bibliographischen Arbeiten über Syphilis rühmlichst bekannt, hat sich der schwierigen und deshalb umso dankenswertheren Aufgabe unterzogen, die vaste Literatur über die venerischen Krankheiten, aus den wichtigsten Epochen ihrer literarischen Bearbeitung, systematisch zusammenzustellen und in dem vorliegenden Werke den Fachgenossen darzubieten. Es sind bisher zwei Theile erschienen. Der erste Band enthält den allgemeinen Theil mit einer vortrefflichen und übersichtlichen Gliederung, während der zweite Band in seinem ersten, eben erschienenen Theile, die Tripperformen und locale Helkosen abhandelt. Man braucht nur das Inhaltsverzeichniss beider Bände zu betrachten, um das Verständniss und das Geschick zu ermessen, mit dem der Verfasser an die Lösung seiner Aufgabe gegangen ist und sie durchgeführt hat. Innerhalb der einzelnen Abtheilungen und Capitel geschieht die Anordnung des Stoffes chronologisch und alphabetisch, wodurch das Aufsuchen ungemein erleichtert wird. Die Gewissenhaftigkeit des Autors liess hinsichtlich der Citate und Quellenangaben eine grosse Vollständigkeit erwarten, zahlreiche Stichproben, die wir vorgenommen haben, dienten nicht blos zur Bestätigung unserer Voraussetzung, sie haben vielmehr unsere Erwartungen insbesondere auch nach der Richtung übertroffen, dass wo immer eine Arbeit an mehreren Stellen zu finden ist, dieselben auch angeführt erscheinen. Der Verfasser hat es den Arbeitern auf dem Gebiete der

venerischen Krankheiten, die sich über die Literatur nicht blos in formaler Weise orientiren wollen, ungemein erleichtert, und es ist nur zu wünschen, dass die Autoren an der Hand dieses vorzüglichen Behelfes für das Studium der Literatur derselben mehr Interesse zuwenden.

Nachdem der dritte und letzte Band des Werkes noch in diesem Jahre erscheinen und ein vollständiges Register über das ganze Werk enthalten wird, werden wir in Kurzem unsere Handbibliothek mit einem Buche bereichert wissen, das gewiss jeder Fachgenosse sehnsuchtsvoll herbeigewünscht hat und für das er nun dem Verfasser zu grösstem Danke verbunden ist. Die Verlagshandlung hat das Werk vorzüglich ausgestattet.

Syphilis Tertiaire et Syphilis Héréditaire. Par Charles Mauriac, Médecin de l'hôpital du Midi. Paris, Baillière et fils, 1890.

Angezeigt von Prof. Caspary in Königsberg.

Das vorliegende Werk Mauriac's reiht sich ebenbürtig an die 1883 erschienenen Leçons cliniques sur les maladies vénériennes an, deren Fortsetzung es bildet. Während dort ausser dem Primäraffecte und den secundären Symptomen nur die ulcerirenden Syphilide und die Gummate des Unterhautzellgewebes beschrieben wurden, kommen hier in einem noch stärkeren Bande die übrigen tertiären Producte und die hereditäre Syphilis zur Behandlung. Auch die fast 1200 Seiten des Buches genügen dem Autor nicht; wohl ein Drittel der Seiten zeigen kleineren und kleinsten Druck, wodurch allein die Herstellung eines noch gerade handlichen Formats ermöglicht wurde. Aber nirgends überkommt den Leser das Gefühl der Ermüdung; stets fühlt er sich in dem Banne eines durch reichste klinische Erfahrung und vertiefte, besonnene Ueberlegung hervorragenden Syphilographen. Nirgends sprunghafte, schillernde Darstellung; in klarem, überzeugendem Vortrage lehrt der Autor nur, was er weiss; sagt genau, wo er nur glaubt, und zögert nicht, wenn er geirrt hat, noch im Nachtrage sich selbst zu corrigiren.

Aus der Fülle von Einzelbeobachtungen und Uebersichten der Organ- und Systemerkrankungen sei nur Einiges hervorgehoben. Mauriac ist überzeugt, dass mit dem Auftreten des Primäraffectes die Vergiftung bereits begonnen hat, ja dass sie schon eine vollendete und durch keine Excision mehr abwendbare Thatsache ist. Nachdem

er mehrmals wenige Stunden nach dem Auftreten der ersten Spuren erfolglos excidirt hat, glaubt er an keine Erfolge Anderer, und sagt der Methode baldige Vergessenheit voraus; die secundäre und tertiäre Periode der Autoren decke sich ziemlich genau mit der von ihm aufgestellten virulenten und der nichtvirulenten Periode. In der ersten diffuse Virulenz, den ganzen Haushalt von Anfang an durchtränkend und gegen 8 — nach eigener, neuerer Beobachtung gegen 10 — Jahre dauernd. Dann folge permanente Dyskrasie; tiefe, unbegrenzte, wahrscheinlich unvertilgbare Constitutionsveränderung. An eine Reinfection glaubt Mauriac nicht (so wenig wie Fournier nach dessen kürzlich in einer Wochenversammlung im Hôpital St.-Louis gethaner Aeusserung. Referent). Nur dürfe man die Abgrenzung der Perioden und deren Eigenthümlichkeit nicht überschätzen; man möge auch nicht wähnen, die Abgrenzung überall durchführen zu können. Tertiäre Producte in der virulenten, secundären Periode seien sicher auch virulent, so gut wie die Producte der malignen Syphilis. Die syphilitischen Affectionen der Neuraxis und ihrer Hüllen zeigten dieselbe Physiognomie und dieselbe Schwere, zu welcher Zeit sie auch entstehen. Ja, sie seien ebenso häufig in der secundären wie in der tertiären Periode. Dasselbe müsse von den Erkrankungen der Augen gelten. Dagegen gehörten die Affectionen des Respirations- und Digestionsapparates und vielleicht auch der Nieren eher der tertiären als der secundären Periode an.

Mauriac hat ganz sichere Beobachtungen gemacht von syphilitischer Epididymitis, die differentialdiagnostisch genau beleuchtet wird, auch in Bezug auf ihre vergleichsweise Ungefährlichkeit hinsichtlich der Zeugungskraft gegenüber der gonorrhoischen.

Einer merkwürdigen Einzelbeobachtung sei hier Erwähnung gethan: Auftreten des Schankers 6—8 Tage nach dem Coitus; ausser einigen zweifelhaften Plaques anales gegen den siebenten Monat kein secundäres Symptom; anfängliche Roseola und zugleich Auftreten von syphilitischen, der Medication schnell weichenden Tumoren in dem Kopfe beider Nebenhoden erst im neunten Monate der Intoxication. Referent ist der einzigen polemischen Stelle des Buches — eines herben Ausfalls gegen die „Facéties" von Mauriac's berühmtesten Vorgänger und dessen Schule — zu sehr eingedenk, um einen Zweifel zu äussern; es läge sonst ein Citat des grossen Spötters, die schönste Unordnung sei oft das Werk der Kunst, nahe. — Hier mag denn

noch eine Krankengeschichte angeführt werden, unter unzähligen die einzige noch, der Referent nicht ganz vertrauen mag. Für die Nicht-Virulenz tertiärer Geschwüre führt Mauriac eine so behaftete Glans eines Mannes ins Feld, dessen Ehefrau von den rapports conjugaux, sous toutes les formes, auch häufigem contact du pénis avec la bouche — pour son plaisir, malgré les lésions — nicht zu leiden hatte. Sollte dieses Weib nicht ihrem Manne, dessen Syphilis ganz jungen Datums und ganz unbekannter Herkunft war, die Krankheit mitgetheilt haben?

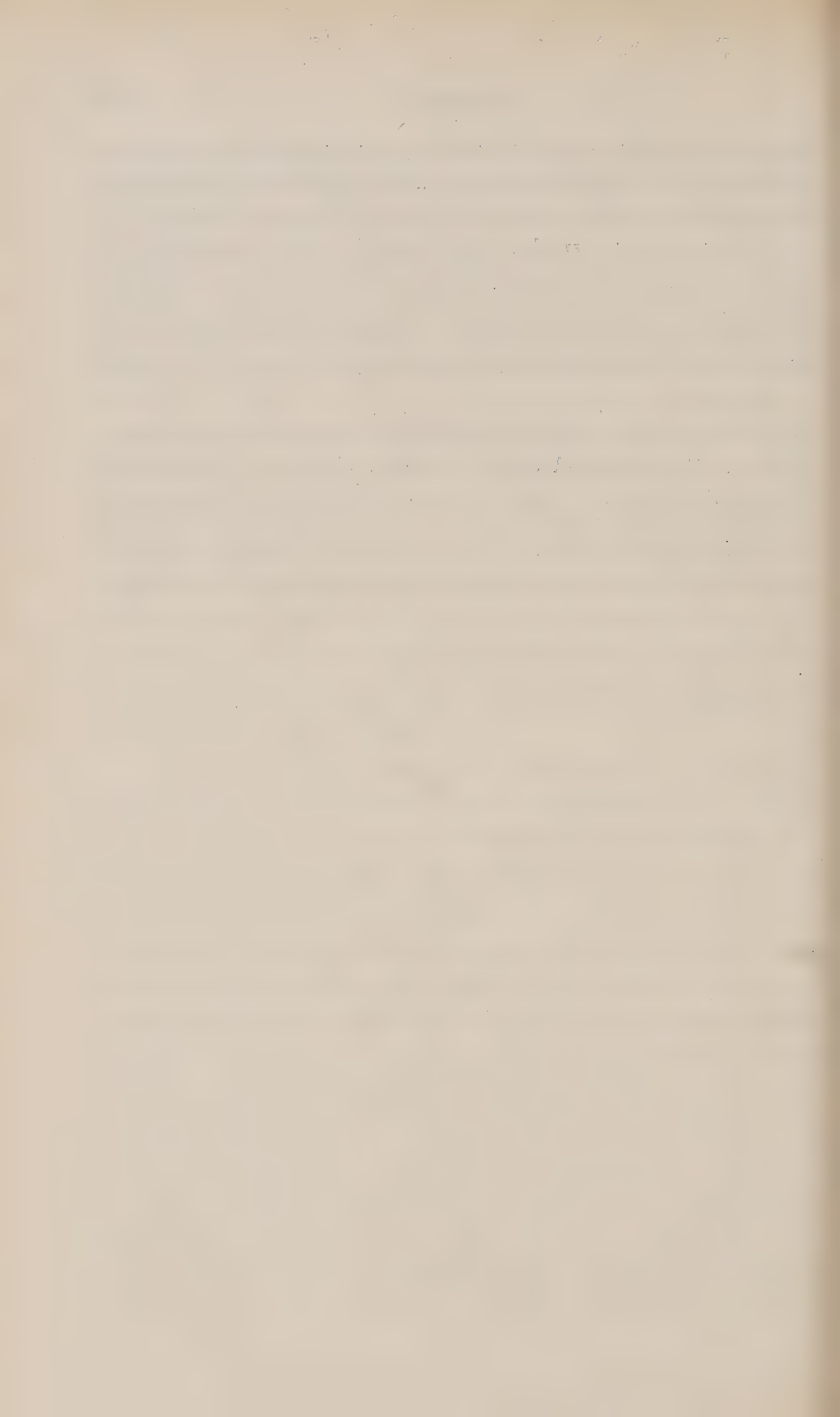
Während Mauriac Nierenleiden in Folge von Syphilis für häufig hält, bezweifelt er die angegebene Häufigkeit von specifischen Lungenleiden. Skeptisch hinsichtlich des Einflusses der Syphilis auf das Zustandekommen des Diabetes — bis er durch einen im Nachtrage erzählten Fall anders belehrt wird — hat M. oft genug genuinen Diabetes nach Zutritt von Syphilis gutartig verlaufen sehen. (M. führt selbst an, dass Lancereaux bei vielen an Eingeweidesyphilis Verstorbenen das Pancreas sklerotisch verdichtet fand. Sollte nicht die bedeutsame Entdeckung von Minkowsky — und Mehring — über Diabetes nach Pancreasexstirpation das Räthsel der syphilitischen Zuckerruhr lösen helfen? Refer.)

Wie die Abschnitte, die von den Erkrankungen der Nervencentren handeln, dem Referenten als die bedeutendsten des schönen Buches erschienen sind, so seien einige wichtige Glaubenssätze des Autors hier angeführt: Man könne innerhalb gewisser Grenzen zulassen, dass die Syphilis bei prädisponirten Individuen die Erkrankung der allgemeinen Paralyse gerade so herbeiführe, wie dies die gewöhnlichen schwächenden oder erregenden Ursachen derselben thun. Aber sie können die allgemeine Paralyse nicht schaffen, die so wenig specifisch syphilitischer Herkunft sei, wie die Folie, die Ataxie locom. progressive. Alle diese Krankheiten seien in ihren reinen und unveränderlichen Typen nicht legitime Kinder der Syphilis, sondern états morbides bâtards. Die syphilitischen Krankheiten nähern sich zweifellos ihnen manchmal sehr, sie ähneln ihnen durch Augenblicke auf überraschende Weise, aber betrachte man sie nahebei, so sehe man früh oder spät unterscheidende Zeichen kommen und die augenblickliche Confusion verschwinde. — Wenn Mauriac so hinsichtlich der Tabes (mit Charcot und Leyden sich gegen Fournier erklärt, so nähert er sich diesem doch in der Ansicht über die Wirkung der

Specifica — was nicht ganz leicht mit dem Vorhergesagten zusammenzureimen ist. — Manchmal werde die Tabes durch die specifische Medication immobilisirt, selten gebessert, noch seltener geheilt.

Dann sei noch erwähnt, dass Mauriac trotz theoretischer Bedenken räth, jeden Fall von Syphilis, auch den scheinbar leichtesten, mindestens 2—3 Jahre abwechselnd, oder gemeinschaftlich mit Mercur und Jod, besonders aber mit Mercur zu behandeln. Schliesslich, dass Mauriac an tardiver Hereditärsyphilis ohne vorgängige Symptome im frühesten Alter nicht zweifelt.

Diese Angaben über den Inhalt mögen genügen. Referent unterlässt es, das Für und Wider zu erwägen, obwohl er selbst manche Fragen (Reinfection, S. hered. tarda, chronische Behandlung) anders beantwortet hat. Jeder Fachcollege wird das Original selbst lesen und die Ausführungen selbst zu würdigen wissen. Das Werk gereicht der französischen Schule zur Ehre und aller Wissenschaft zum Nutzen.



Varia.

Herr Geheim. Medic.-Rath Prof. Dr. Georg Lewin, Mitherausgeber dieses Archivs, hat am 19. April d. J. im engsten Familienkreise seinen siebzigsten Geburtstag gefeiert. In Rücksicht auf die eben überstandene längere Krankheit entzog sich der Jubilar den Huldigungen, welche ihm an diesem Tage zugedacht waren.

Es sei uns gestattet, dem treuen Arbeitsgenossen, dem gediegenen Forscher, dem gefeierten Lehrer an dieser Stelle unsere herzlichsten Glückwünsche darzubringen und dem Wunsche Ausdruck zu geben, dass er uns nach vollständiger Genesung noch lange erhalten bleiben und die Früchte eines langjährigen erfolgreichen Strebens geniessen möge. **Die Redaction.**

Unserem geschätzten Mitarbeiter Herrn **Dr. Veiel in Cannstatt** ist der Titel und Rang eines **Hofrathes** verliehen worden.

Herr **Dr. Pierleone Tommasoli** ist zum **Professor** der Dermatologie an der Universität **Modena**, Herr **Dr. Vittorio Mibelli** zum **Professor** der Dermatologie an der Universität **Cagliari** ernannt worden.

Herr **Dr. A. Ducrey** hat sich als **Privatdocent** für Dermatologie an der Universität **Neapel** habilitirt.

Die **Société française de Dermatologie** etc. hat ihre erste Session am 10., 11 und 12. April abgehalten und bei dieser Gelegenheit beschlossen, dass die Session im October zu entfallen habe,

dagegen künftig unabhängig von der dreitägigen Session im April, mit Ausnahme der Monate August, September, October, am zweiten Donnerstage eines jeden Monats Sitzungen abgehalten werden sollen.

X. Internationaler Medicinischer Congress. Berlin 1890.

Vorläufiges Programm der Abtheilung für Dermatologie und Syphiligraphie.

1. Pathogenese der Pigmentirungen und Entfärbungen der Haut.

2. Diagnose, Prognose und Therapie der chronischen Gonorrhoe bei Mann und Weib.

3. Behandlung der Syphilis.

I. Resultate

a) der Excision,

b) der präventiven allgemeinen Behandlung.

II. Beginn, Dauer (chronische, intermittirende oder temporäre ?) und sicherste Methode der Therapie der constitutionellen Syphilis.

4. Ueber die Behandlung der entzündlichen Hautkrankheiten.

5. Die speciellen Indicationen der verschiedenen Applicationsweisen des Quecksilbers bei der Syphilisbehandlung,

6. Auf welche ursächlichen Momente ist der Ausbruch tertiärer Formen der Syphilis zu beziehen?

7. Ueber die Rolle der Diathesen, der nervösen Krankheitsursachen und parasitären Krankheitserreger bei der als Eczem bezeichneten Krankheitsgruppe.

8. Das Wesen der Arznei-Exantheme.

9. Der Lupus erythematodes, seine Natur und Behandlung.

---

63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Bremen, 15.—20. September 1890.

Im Einverständnisse mit den Geschäftsführern der 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte haben wir die Vorbereitungen für die Sitzungen der Abtheilung Nr. 22 für **Dermatologie und Syphilis** übernommen und beehren uns hiermit, die Herren Vertreter des Faches zur Theilnahme an den Verhandlungen dieser Abtheilung ganz ergebenst einzuladen.

Gleichzeitig bitten wir Vorträge und Demonstrationen frühzeitig bei uns anmelden zu wollen.

Die Geschäftsführer beabsichtigen, zu Anfang Juli allgemeine Einladungen zu versenden, und wäre es wünschenswerth, schon in diesen Einladungen eine vorläufige Uebersicht der Abtheilungs-Sitzungen geben zu können.

Dr. med. **Runge**
Einführender Vorsitzender.
Wall 182.

Dr. med. **Seyffert**
Schriftführer.
Nordstrasse.

Berichtigung.

Wien, am 6. April 1890.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Auf Seite 192 des am 29. März l. J. ausgegebenen Heftes des „Archiv für Dermatologie und Syphilis" findet sich im Berichte über die Verhandlungen auf dem Pariser Dermatologen-Congresse folgender Passus: „Hebra bemerkt, dass Lichen ruber acuminatus mit Pityriasis rubra Devergie identisch sei, etc." Dieser Satz steht in directem Widerspruche mit dem von mir Geäusserten, dem auf pag. 191 desselben Heftes Ausdruck gegeben wurde. Ich habe vielmehr gesagt: Wenn Kaposi's Lichen ruber acuminatus mit Devergie's Pityriasis rubra pilaris identisch ist, dann ist eben Kaposi's Lichen ruber acuminatus kein Lichen ruber im Sinne der Auffassung weiland meines Herrn Vaters, sondern ein Uebel, das, um Verwechslungen zu vermeiden, von nun an nicht mehr mit demselben Namen belegt werden dürfe.

Indem ich die Bitte ausspreche, vorliegenden Brief an Ihnen geeigneter Stelle des nächsten Heftes des „Archivs" zum Abdruck zu bringen, habe ich die Ehre, sehr geehrter Herr Redacteur, zu verharren Ihr hochachtungsvoll ergebener **Dr. H. v. Hebra.**

Herrn Prof. Dr. F. J. Pick in Prag.

Auf vorstehende Zuschrift habe ich zu bemerken, dass es Jedem klar sein dürfte, der nicht nur den citirten Anfang des Satzes auf pag. 192, sondern auch dessen Fortsetzung und meine unmittelbare Antwort daselbst liest, dass nicht Hebra, sondern ich Lichen ruber acuminatus mit Pityriasis rubra Devergie identisch erklärt habe.

Kaposi.

Berichtigung.

In dem Märzheft des Archivs Anhang: „Specialisten-Congresse" pag. 305 werden die Worte „noch niemals seit Bestehen der Dermatologie ist dieselbe

im Verlaufe eines einzigen Jahres so glänzend gefeiert und gepflegt worden wie in diesem Jahre" Unna zugeschrieben. Dieser Satz stimmt wörtlich mit dem von dem Referenten Dr. L. Philippson in dem Bericht über die Section der Dermatologen auf dem Heidelberger Congresse 1889 (Monatshefte f. prakt. Derm. Bd. IX, Nr. 8, pag. 382) gebrauchten überein. Da nun auch derselbe Referent durch mündliche Mittheilung von Herrn Dr. Unna erfahren hat, dass von ihm selbst jener Satz weder in Wort noch Schrift je angewendet worden ist, so dürfte hier eine (für den Referenten sehr ehrenvolle) Verwechslung der Namen von Seiten des Herrn Prof. Neisser vorliegen. Wenn Referent eine Berichtigung wünscht, so geschieht es weniger, um sich nach berühmten Mustern die Priorität zu wahren, als vielmehr, um seiner Befriedigung darüber Ausdruck zu verleihen, dass seine schlichten Worte an so hoher Stelle Beachtung gefunden haben.

Hamburg, 7. April 1890.

Dr. L. Philippson—Hamburg.

Erwiderung auf vorstehende „Berichtigung".

Herr L. Philippson hat vollkommen Recht. Es war wirklich nicht hübsch von mir, dass ich beim Citiren jener „schlichten Worte" „Unna" an Stelle von „Philippson" schrieb und ich habe nur die Hoffnung, dass nach Aufklärung dieser wichtigen Thatsache und durch ein reumüthiges Geständniss von „so hoher Stelle" Herr Philippson mir seine Verzeihung angedeihen lassen werde.

Ich habe schwer gefehlt, aber die Strafe hat mich ereilt!

Breslau, April 1890.

A. Neisser.

Anhang: Ueber Specialisten-Congresse. Offener Brief an die Redaction.

Die von Prof. Neisser im letzten Hefte des „Archiv" angeregte und eingehender beleuchtete Frage betreffs der zahlreichen Special- und General-Congresse, in denen die Dermatologie einerseits als ein „Theil des Ganzen", andererseits selbst als ein „Ganzes" figurirt, regt zur Discussion einer Angelegenheit an, die alle Fachmänner interessirt, denen daran gelegen ist, durch die Vereinigung wissenschaftlicher Kräfte auf dem Gebiete, das sie vertreten, ernsten Fortschritt zu fördern und nicht blos äusserlichen Formen geselliger Zusammenkünfte Genüge zu leisten. Man muss sich jetzt schon fragen, wie wird man die Geister, die man entfesselt, wieder los? Was soll man mit den vielen Jahres-Congressen beginnen? welchen soll man besuchen, welchen übergehen?

Wenn schon die alljährlichen Congresse nicht immer viel Neues bringen können, was kann man von Zusammenkünften erwarten, die durch den Besuch von Aerzten ausgezeichnet sind, die aus grossen räumlichen Entfernungen zusammenkommen und die den Anspruch zu erheben berechtigt sind, dass die Tagesordnung einzelne wichtige Themata enthalte und nicht durch kleinliche, oft kaum nennenswerthe Details ausgefüllt werde. — Die Congresse werden, wenn in solcher Weise cumulirt, dazu führen, dass das Interesse für selbe erlahmt und dass der Besuch derselben allmälig ein immer schwächerer werden muss. Der deutsche dermatologische wird den internationalen dermatologischen, die dermatologische Section der deutschen Naturforscherversammlung wird die gleiche Section des internationalen medicinischen Congresses beeinträchtigen, und das was noch vor wenigen Jahren angestrebt, in Strassburg verwirklicht, in Prag erreicht und im vorigen Jahre in Paris ausgeführt wurde, muss allmälig ob der vielen sich jagenden wissenschaftlichen Vereinigungen,

wenn auch nicht zur Auflösung, jedenfalls aber dahin führen, dass das Interesse für dieselben abnehmen wird. Hiezu kommt noch, dass durch das rege Studium unseres Specialfaches allerwärts eine Jedermann zugängliche, literarische Thätigkeit sich entwickelte, die beinahe zur Ueberproduction führte, und dass in jenen Ländern und Städten, wo die Dermatologie und das ihr verwandte Gebiet emsig gepflegt wird, regelmässige Specialvereinigungen statthaben.

In vielen Städten Amerikas, in Paris, Berlin und seit Kurzem auch in Wien, werden 1—2 wöchentliche dermatologische Sitzungen abgehalten, die gewiss mit der Zeit manche Theilnehmer dieser Vereinigungen bestimmen dürften, Specialcongresse ausserhalb der Stätte ihres Wirkens kaum zu besuchen.

Trachten wir deshalb, so lange die Dermatologen und Syphilidologen aller Länder, sowie die Aerzte die sich für dieses Fach interessiren, in ihrem Congresseifer nicht erlahmen, die Angelegenheit zu reformiren, und ich erlaube mir im Hinblick auf die Vorschläge unseres Collegen Neisser Folgendes zu bemerken:

1. Die dermatologische Special-Section der deutschen Naturforscher-Versammlung wäre, wie Prof. Neisser auch wünscht, aufzulassen. Die Gründe, die dafür anzuführen wären, liegen nicht allein in dem Umstande, dass viele kleinere Städte weder über das entsprechende Anschauungsmaterial noch über die entsprechenden Krankenabtheilungen verfügen, welche diesem Specialcongresse das wünschenswerthe Relief zu bieten vermögen; auch nicht darin, dass daselbst die entsprechenden Fachmänner als Einführer der Section fehlen dürften, sondern hauptsächlich darin, dass die im Uebrigen sehr erwünschte Theilnahme der Specialisten bei den Discussionen allgemeiner Themata interner und chirurgischer Medicin, dem Gesammtgebiete grösseren Nutzen verschaffen könnten, als wenn die Specialisten blos unter sich disseriren, da hier bekanntlich nicht die Gesammtmedicin, sondern vorwiegend das Specialfach berücksichtigt zu werden pflegt. Zur Förderung der Dermatologie und Syphiligraphie mögen die Specialcongresse dienen; der Nutzen, den selbe der allgemeinen Medicin bieten, wird von letzterer bereitwilligst anerkannt, und so wie selbe zur Erweiterung und Förderung ihres Wissensgebietes die Früchte der Special-Doctrinen verwerthet, so werden und müssen wir auch dankbar die Belehrung an-

nehmen, die aus den Fachschriften der internen und chirurgischen Medicin für uns resultirt.

2. Die jährliche Vereinigung der deutschen dermatologischen Gesellschaft im Anschluss an die deutsche Naturforscher-Versammlung halte ich deshalb aus einigen sub 1 angeführten Momenten nicht ausführbar und kann demnach diesem Vorschlage Neisser's nicht zustimmen.

Dafür erlaube ich mir jedoch folgenden concreten Vorschlag unseren Fachcollegen zu unterbreiten:

Die deutsche dermatologische Gesellschaft möge sich jedes Jahr einmal versammeln, und zwar in den Jahren, wo ein internationaler medicinischer Congress in Deutschland stattfindet, in Verschmelzung mit der ohnedies constituirten dermatologischen Section desselben, sowie heuer in Berlin; in Jahren, wo ein internationaler Dermatologen-Congress statthat, eo ipso als ein Theil des Ganzen, wie dies hoffentlich auch 1892 in Wien der Fall sein wird. In jenen Jahren jedoch, wo keine allgemeinen Congresse abgehalten werden, möge die Gesellschaft in Städten tagen, welche vom ständigen Ausschusse der Gesellschaft in der Schlusssitzung der jeweiligen Versammlung vorgeschlagen werden, jedoch nur an solchen Orten, wo eine Universität mit einem Vertreter unseres Faches besteht, oder dort, wo ein solcher Vertreter an der Spitze eines Krankenhauses und im Besitze eines entsprechenden Lehrmateriales ist, selbst wenn dieser Ort nicht Sitz einer Universität wäre.

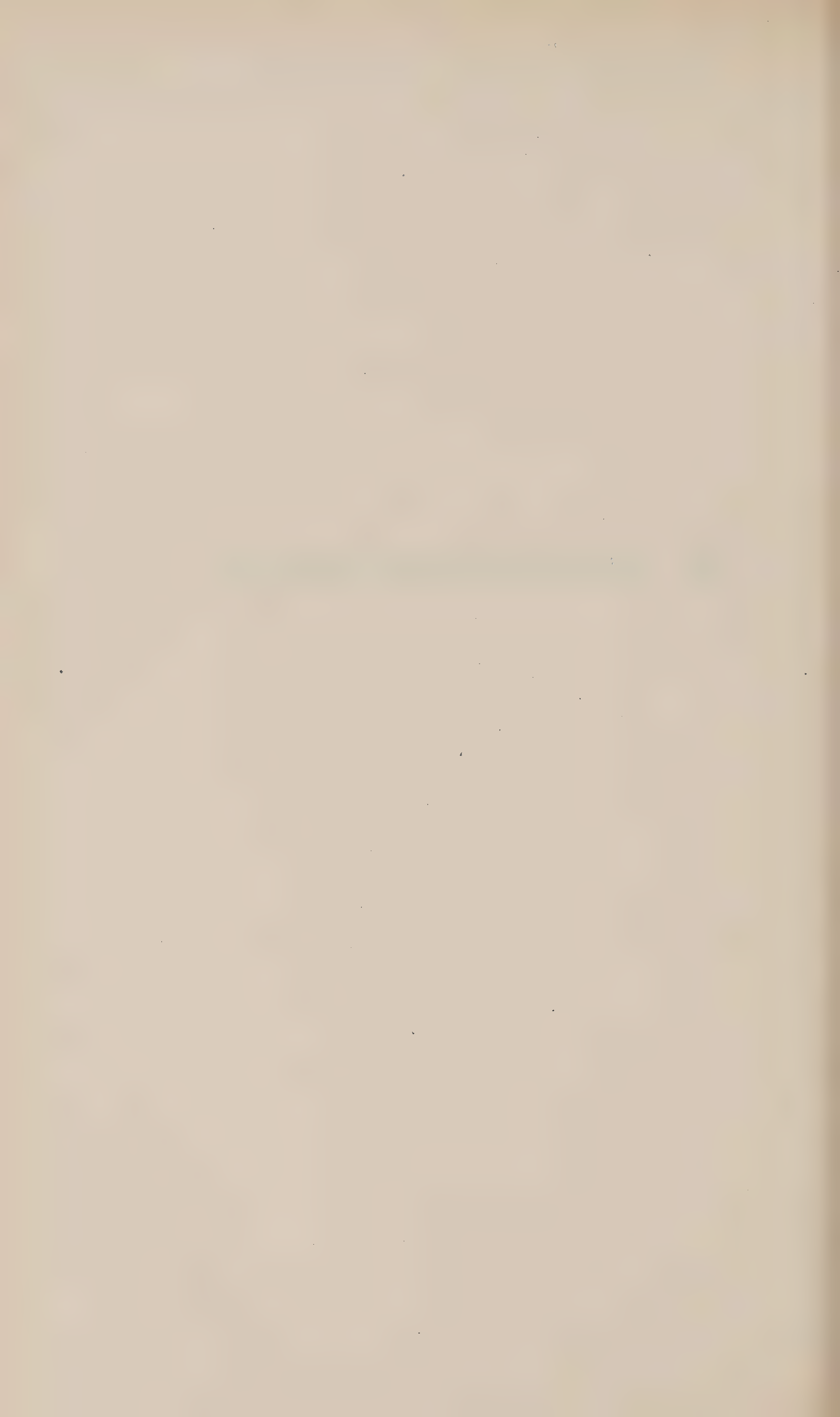
Genehmigen Sie etc.

Budapest, 30. April 1890.

Prof. **Ernst Schwimmer.**

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 100490

Originalabhandlungen.



Beitrag zu den ältesten Schriften über Syphilis.

Von

Dr. Edmund Lesser
Privatdocent in Leipzig.

Das unten folgende kleine Gedicht des Ulsenius über die Behandlung der Syphilis ist, so weit ich sehe, in Vergessenheit gerathen, denn weder wird es von Fuchs, dem wir die so ausserordentlich sorgfältige Sammlung der ältesten deutschen Schriftsteller über die Lustseuche verdanken, noch von Haeser, noch von Proksch in dessen kürzlich erschienener „Literatur über die venerischen Krankheiten" angeführt. Ich glaube daher, dass dieser kleine Beitrag, dem ich eine besondere Bedeutung natürlich nicht beilege, doch allen Denen nicht unwillkommen sein wird, welche Interesse für die Geschichte der Syphilis haben.

Ich fand das Gedicht auf der letzten Seite einer Incunabel, deren Titel lautet: De insania Democriti philosophi facetum epistolium Hippocratis medici. Der Druck ist mit den Titeln der vier in demselben vereinigten Theile bei Hain unter Nr. 8676 angegeben, dem ich auch entnehme, dass die kleine Schrift in Augsburg bei Joh. Froschauer gedruckt ist, was aus dem in meinem Besitze befindlichen Exemplar nicht zu ersehen ist, obwohl die Titel und die Paginirung vollständig mit den Angaben bei Hain übereinstimmen. Eine Jahreszahl ist nicht angegeben. [1])

Ausser der im Haupttitel angegebenen Schrift sind in diesem Hefte drei Gedichte von Ulsenius enthalten, nämlich ein Proömion, ein dem Adolphus Occon gewidmetes Gedicht und

---

[1]) Bei Zapf, Augsburgs Buchdruckergeschichte, Augsburg 1788, findet sich pag. 146 unter den „Büchern ohne Bemerkung des Jahres, Orts und Druckers": De insania Democriti Hippocrates, mit dem Zusatz: Wahrscheinlicher Weise hat diese Schrift Johann Froschauer gedruckt und befindet sich in der Bibliothek zu Buxheim.

endlich die uns interessirenden fünf Disticha, welche ich hier folgen lasse.

Ejusdem cura morbi francici.

Si tibi vis fedum membris depellere morbum
Lichnica crustosis ulcera limitibus.
Ethercam sapiens primum componere mentem
Fortior insurgas speque fideque pians
Nutrieris frugi stupidas in bella cohortes
Templaque muneribus accumulando novis
Non trepides fatum, non sit fera mortis imago
Vult animos faciles vult pia corda deus
Tangere non metuas plagas sale, cespite thure
Jordanemque bibens ceu puto sanus eris.

Fidei ac integritati S.

Die Zeit der Veröffentlichung muss zwischen 1496 und 1500 liegen, jedenfalls hat Hain die Schrift als vor dem Jahre 1500 erschienen angesehen. Auf keinen Fall könnte dieselbe später als 1503 erschienen sein, da in diesem Jahre der Landsmann des Ulsenius, Occon I., dem das eine Gedicht gewidmet ist, in Augsburg starb. Auf der anderen Seite ist es jedenfalls nach 1496 verfasst, denn in diesem Jahre erschien das durch Fuchs bekannt gewordene Vaticinium des Ulsenius[1]) und dem Inhalte nach ist unser Gedicht als späteres anzunehmen. Denn während Ulsenius im Vaticinium noch bekennt, dass die Aerzte das Uebel nicht zu heilen wüssten, so macht er hier doch einige, wenn auch etwas eigenthümliche Vorschläge für die Behandlung der Syphilis.

Die Verse selbst zeugen, gerade wie es Fuchs bezüglich des Vaticinium ausspricht „von einem Schwunge der Phantasie, wie er nur wenigen Dichtern des 15. und 16. Jahrhunderts zukömmt". Und wenn uns auch der Rathschlag, die Wunden mit Salz, Erde und Weihrauch zu bedecken und heiliges Wasser zu trinken, etwas sonderbar anmuthet, so ist doch die Mahnung, den Muth nicht sinken zu lassen, ein Beweis dafür, dass Ulsenius die Wichtigkeit der psychischen Behandlung wohl kannte. Dass er auch ein guter Beobachter war, zeigt die unverkennbare Erwähnung des serpiginösen Charakters der syphilitischen Hautaffectionen, indem er dieselben als Geschwüre mit krustentragenden Rändern bezeichnet.

---

[1]) Fuchs, Theodorici Ulsenii Phrisii Vaticinium in epidemicam scabiem. Göttingen 1850.

Aus der königlichen Universitätsklinik für syphilitische und Hautkrankheiten des Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Doutrelepont zu Bonn.

Ueber den Lupus der Extremitäten.

Von

Dr. Friedrich Hahn,
erster Assistenzarzt

In der fünften Sitzung des ersten Dermatologen-Congresses zu Prag erwähnte Herr Geheimrath Doutrelepont bei Gelegenheit der Discussion über Lupus[1]), die sich an die Vorstellung eines seltenen Falles dieser Erkrankung durch Prof. Pick anschloss, dass bei dem reichlichen Lupusmaterial, über welches er in seiner Klinik verfüge, verhältnissmässig häufig Lupus an den Extremitäten vorkomme, und dass er bei Eröffnung der Klinik im Sommer 1889 auf einmal sieben Fälle davon habe demonstriren können. Doutrelepont theilte dann mit, dass er diese Fälle in ähnlicher Weise wie bisher die Fälle von Schleimhautlupus zusammenstellen lassen wolle, und hat mir nun dies Material zur Veröffentlichung überwiesen, wofür ich ihm gern auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank ausspreche.

Betrachten wir zunächst unser gesammtes Lupusmaterial, so kamen seit Eröffnung der hiesigen dermatologischen Klinik im Juni 1882 bis zum 1. Januar 1890 im Ganzen 424 Lupuskranke zur stationären Behandlung, davon waren 144 Männer und 280 Weiber, eine Zahl, die ja wieder das bedeutende Ueberwiegen des

[1]) Verhandlungen dieses Congresses, pag. 265.

Lupus beim weiblichen Geschlecht aufs Deutlichste vor Augen führt; von diesen 424 Patienten litten 105 an Lupus der Extremitäten, was einem Procentsatz von 24·5 entspricht. Merkwürdigerweise vertheilt sich aber diese Zahl nach dem Geschlechte ganz anders, als man vielleicht erwarten würde; es waren nämlich 58 Männer (= 40·3%) und nur 47 Weiber (= 16·8%), bei denen der Lupus ausserhalb des Gesichtes localisirt war.

Zu einem ähnlichen Resultate kommt übrigens auch Block[1]), der unter 14 Fällen sechsmal Männer und nur achtmal Weiber befallen sah, ohne dass zugleich Gesicht und Hals mit afficirt waren. Im Uebrigen bringt er unter 141 Fällen von Hautlupus 54mal Erkrankung von Rumpf und Extremitäten (= 38·3%).

Von besonderem Interesse für die Casuistik des Lupus ist es ferner, den Sitz der zuerst von der Erkrankung befallenen Körperpartie zu erfahren; es lassen sich in dieser Hinsicht unsere sämmtlichen 105 Fälle verwerthen, da die Patienten immer zuverlässige Angaben über den Beginn ihres Leidens zu machen im Stande waren. Des Vergleiches halber setze ich die von Block (l. c.) und von Sachs[2]) gefundenen Procentzahlen daneben (dabei möchte ich hier nochmals hervorheben, dass sich die Statistik aus hiesiger Klinik nur auf die Fälle von Lupus an den Extremitäten, nicht aber auf unser gesammtes Lupusmaterial bezieht, während die zum Vergleich angezogenen Statistiken der anderen Autoren stets das gesammte Lupusmaterial der betreffenden Klinik umfassen). Es wurde zuerst befallen:

	Bonner Klinik (105 Fälle)	Block (121 Fälle)	Sachs (137 Fälle) männl.	weibl.
Gesicht (Haut- und Schleimhäute) . .	44 = 41·9%	59·3%	70·5%	89%
Hals	9 = 8·57%	14·8%	9·8%	2%
Extremitäten . . .	49 = 46·6%	16·3% (Extremitäten und Rumpf)	19·7% (Extremitäten und Rumpf)	9% (Extremitäten und Rumpf)
Rumpf	3 = 2·85%			

[1]) Block, Klinische Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese des Lupus vulgaris. Vierteljahresschr. f. Derm. und Syph. 1886, pag. 233.

[2]) Beiträge zur Statistik des Lupus vulgaris. Vierteljahresschrift für Derm. und Syph. 1886, pag. 241.

Nur in acht unserer Fälle fand sich der Lupus isolirt an den Extremitäten, als einziges Zeichen der tuberculösen Erkrankung. Wenn ich dagegen die Zahlen anführe, wo unsere Patienten auch noch sonstige Zeichen von Scrophulose und Tuberculose darboten, so wird sich für die Gegner der Ansicht, dass Lupus eine Form der Hauttuberculose sei, doch ein Procentsatz ergeben, der achtunggebietend ins Gewicht fällt. Während in 11 Fällen (= 10·5%) sich Anzeichen von Scrophulose im Status praesens notirt finden, bleiben von den übrigen 86 Patienten nach Abzug der 44 Fälle, die ausser ihrem Extremitätenlupus nur noch lupöse Erkrankung des Gesichtes etc. aufwiesen, noch immerhin 42 (= 40%), die deutliche Anzeichen anderweitiger Tuberculose darboten. Diese Zahl ist aber entschieden noch viel zu niedrig gegriffen, weil sie sich der Hauptsache nach auf die Journale der letzten Jahrgänge stützt. Denn leider findet sich in den Journalen der älteren Jahrgänge nicht immer eine Notiz über die Untersuchung der inneren Organe, speciell der Lungen, obwohl Herr Geheimrath Doutrelepont von Anfang an das Gegentheil gewünscht hatte. Ebenso verhält es sich mit der Schwellung der Lymphdrüsen, speciell der regionären; während ich jetzt durchschnittlich bei jedem Patienten Angaben über Schwellung, mindestens der nächstgelegenen Drüsen finde, ist in den ersten Jahren des Bestehens der hiesigen Klinik nichts davon notirt, so dass eine Statistik in dieser Beziehung nur ganz ungenaue Angaben ergeben würde.

Noch schlagender ist indess der Beweis, den wir aus den anamnestischen Angaben der Patienten über ihre hereditäre Belastung schöpfen können. Bei 23 Patienten findet sich kein Vermerk darüber in der Anamnese. Erblich sicher belastet waren 41 Patienten, das sind 39% der Gesammtzahl oder 50% der für uns in Betracht zu ziehenden restirenden 82 Fälle. Von diesen liess sich wieder tuberculöse Erkrankung des Vaters oder der Mutter in 26% nachweisen.

Bender[1]) hat das gesammte klinische und poliklinische Material, welches vom 1. Juni 1882 bis zum October 1885 in hiesiger Klinik und im hiesigen evangelischen Hospital zur Beob-

[1]) Bender, D. med. Wochenschr. 1886, p. 396 ff.

achtung kam, benützt. Von den 374 Fällen konnte er 159 verwerthen, da bei Vielen, denen Aufnahme gerathen war, sich im poliklinischen Journal keine Anamnese vorfand. Von diesen 159 boten 99 (= 62·3%) Zeichen überstandener oder vorhandener anderweitiger tuberculöser Erkrankung. Hereditär belastet waren 53 (= 33·3%). Bei 32 (= 20·1%) fand sich kein Vermerk, und nur 14 (= 8%) waren vollkommen frei von Tuberculose. Vom 1. October 1885 bis 1. Januar 1890 kamen 238 Patienten mit Lupus in hiesiger Klinik zur stationären Behandlung, von denen 105 (= 44·1%) hereditär belastet und 140 (= 58·82%) selbst noch anderweitig tuberculös waren (von letzteren waren 42 = 17·65% der Gesammtzahl nur scrophulös). Nur 56 (23·53%) waren frei von jeglichen sonstigen tuberculösen Erscheinungen, beziehungsweise fehlte bei ihnen jeglicher Vermerk über ihren sonstigen Gesundheitszustand.

Sachs (l. c.) kommt in seiner Statistik zu dem Resultate, dass nur 14·2% weder Zeichen von Auto- noch von hereditärer Tuberculose darbieten. Er findet vor Beginn der lupösen Erkrankung tuberculös 34·2%, und während der Behandlung ihres Lupus (allerdings die oben erwähnten mit eingerechnet) waren 62·8% tuberculös. Was die hereditäre Belastung anbetrifft, so stellen sich bei ihm die Zahlen folgendermassen:

Vom Vater her: 21·9%
Von der Mutter her: 25·7%
Von Seiten der Geschwister: 29·5%.

Block (l. c.) findet scrophulöse und tuberculöse Complicationen in 71·9%, und hereditäre Belastung ist bei seinen Fällen

sicher in 25·5%
wahrscheinlich in 7·5%
frei waren 67%

Demme[1]) berichtet über 51 Fälle von Lupuserkrankung im kindlichen Alter, von denen 37·2% hereditär belastet waren.

Raudnitz[2]) findet nur in 10% seiner Fälle sichere und in

---

[1]) Demme, XX. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern, 1882.

[2]) Raudnitz, Zur Aetiologie des Lupus vulgaris. Vierteljahresschrift f. Derm. und Syph. 1883.

4·3% wahrscheinliche tuberculöse hereditäre Belastung, doch fehlt bei ihm ein Vermerk, ob in allen Fällen eine sichere und sorgfältige Anamnese erhoben worden ist.

Endlich finden wir noch, dass bei zweien unserer Patienten auch die Eltern an Lupus litten (beide Male war es die Mutter), somit haben wir 1·9% von hereditärem Lupus, während Sachs in seiner allgemeinen Statistik des Lupus die Zahl Derer, deren Eltern ebenfalls an Lupus litten, auf 10·5% angibt.

Was im Uebrigen die an hiesiger Klinik gemachten Beobachtungen über Beziehung des Lupus zur Tuberculose betrifft, so kann ich auf die Arbeit von Bender über dies Thema (l. c.) verweisen, in der dieselben aufs Ausführlichste zusammengestellt sind, und auch die Bemerkungen, die Doutrelepont nach hiesigem Material darüber auf dem Kopenhagener Congresse gemacht hatte, citirt sind.

Das Lebensalter der Patienten, als der Lupus bei ihnen begann, liess sich bei unseren Patienten mit Sicherheit eruiren; ich setze des Vergleiches halber die von den anderen Autoren, welche Beiträge zur Statistik des Lupus geliefert haben, gefundenen Zahlen daneben. Aus dieser Tabelle ergibt sich im Allgemeinen ein ziemliches Uebereinstimmen der Berichte aus den einzelnen Kliniken.

Es begann der Lupus:

	Bonner Klinik	Sachs	Block	Raudnitz	Pontoppidan[1])
Bis zum 5. Jahre	28 = 26·6 %	6·6 %	27·1%	11·1%	29%
„ „ 10. „	20 = 19 „	18·2 „	18·7 „	16·2 „	
„ „ 15. „	19 = 18 „	28 „	21 „	23·3 „	38 „
„ „ 20. „	12 = 11·4 „	23 „	14·3 „	17·7 „	
„ „ 25. „	8 = 7·6 „	9 „	6·8 „	11·6 „	12 „
„ „ 30. „	7 = 6·6 „	0·8 „	3·0 „	4·0 „	
„ „ 35. „	4 = 3·8 „	5·78 „	1·5 „	5·6 „	9 „
„ „ 40. „	3 = 2·8 „		2·3 „	5·0 „	
„ „ 45. „	1 = 0·95 „	6·6 „	4·5 „	1 „	7 „
„ „ 50. „	2 = 1·9 „		0·8 „	2 „	
„ „ 55. „	— —		—	1 „	—
„ „ 60. „	1 = 0·95 „		—	1·5 „	—

[1]) Pontoppidan, Zur Aetiologie des Lupus, Vierteljahresschrift für Derm. und Syph. 1882.

Der Lupus an den Extremitäten zeigt nun unter unseren 105 Fällen folgende Vertheilung:

Obere Extremitäten . . . . 55mal befallen.
Untere Extremitäten . . . . 32 „ „
Obere und untere Extremitäten zugleich 18 „ „

Dabei vertheilen sich die einzelnen Lupusplaques ihrer Localisation nach folgendermassen:

		rechts	links
Obere Extremitäten:	Streckseite:		
	der Oberarme:	9	6
	„ Unterarme:	28	18
	„ Hände:	21	18
	Beugeseite:		
	der Oberarme:	—	2
	„ Unterarme:	4	5
	„ Hände:	1	1
Untere Extremitäten:	Streckseite:		
	der Oberschenkel:	10	5
	„ Unterschenkel:	13	12
	„ Füsse:	12	6
	Beugeseite:		
	der Oberschenkel:	6	9
	„ Unterschenkel:	3	7
	„ Füsse:	2	—

Wir sehen also ein Ueberwiegen im Befallensein der oberen Extremitäten gegenüber den unteren; ob dies Ueberwiegen darauf zu schieben ist, dass die unbekleideten Hände dem Tuberkelvirus besser Gelegenheit zum Eindringen geben, möchte ich nicht entscheiden. Auffallend ist ferner, auch wieder besonders an den oberen Extremitäten die hervorragende Betheiligung der Streckseiten.

Die Formen, unter denen sich der Lupus an den Extremitäten in hiesiger Klinik präsentirte, waren mannigfacher Art: zunächst finde ich 14mal Narben von früheren lupösen Processen notirt; dass es sich in diesen Fällen wirklich um verheilten Lupus handelte, konnte sowohl durch das Aussehen der Narben, als auch die Angaben der betreffenden Patienten erwiesen werden. Unter den Formen des Lupus der Extremitäten nimmt dann die erste Stelle

ein der Lupus serpiginosus, der 39mal vertreten war. Je 14mal trat der Lupus in der Form des Lupus vulgaris, exulcerans, hypertrophicus und 12mal als Lupus papillosus auf. Dies Ueberwiegen des Lupus serpiginosus entspricht den Lehrbüchern, in denen stets die serpiginöse Form als die häufigst an den Extremitäten auftretende geschildert wird. Weder in seiner Form, noch in seiner Ausbreitungsweise unterscheidet sich der Extremitätenlupus von den an anderen Körperstellen, z. B. im Gesichte vorkommenden Formen. Als speciell den Extremitäten eigenthümlich und hier besonders die Streckseiten der Ellbogen, Hand- und Kniegelenke befallend, ist der Lupus papillosus seu verrucosus anzusehen, wie auch schon Neisser[1]) hervorgehoben hat. Er findet sich meistens in etwa thalergrossen Plaques, doch auch grössere Flächen einnehmend, und „zeigt eine höckerige Oberfläche, ungleichmässig, theils glänzend und gespannt, an anderen Stellen mit dicken Epidermisschwielen bedeckt, an noch anderen mit warzigen Excrescenzen versehen". Er kam bei uns 12mal zur Beobachtung. Verhältnissmässig häufig kommt die hypertrophische Form vor, und zwar manchmal derartig üppige Wucherungen oder schon mehr Geschwülste darstellend, dass die Diagnose Schwierigkeiten macht und man verleitet wird, an Sarkom oder Mycosis fungoides zu denken, wie Doutrelepont auf dem ersten dermatologischen Congress (cf. Verhandlungen dieses Congresses, p. 265) hervorhob. Hierher gehörte nach der Beschreibung entschieden auch der Fall, den Pick daselbst vorstellte: ein Mädchen mit halbkugeligen, weichen, verschieblichen Geschwülsten, über denen die Haut geröthet und theilweise mit blutigen Borken bedeckt war. Die Diagnose wurde hier erst durch die mikroskopische Untersuchung vollends erhärtet.

Ich möchte hier kurz einige Krankengeschichten von Patienten, die an Lupus papillosus litten, einfügen:

J. R., Bäcker aus Oberkassel, 22 Jahre alt, wurde am 12. Juni 1883 in hiesige Klinik aufgenommen. Die Angaben des Patienten ergeben über hereditäre Belastung nichts, da er uneheliches Kind ist; er will immer schwächlich gewesen sein; im 8. Jahre erkrankte er mit Drüsenschwellungen am Halse, die vereiterten; in der Umgebung dieser Drüsen sollen sich dann

[1]) v. Ziemssen's Handbuch der spec. Path. und Ther. 14. Band.

Knötchen gebildet haben. Im 18. Lebensjahre begann die Erkrankung am rechten Arm und bot zur Zeit der Aufnahme folgendes Bild:

Auf dem Dorsum der rechten Hand und an der rechten Ellbogengegend findet sich je eine aus mehreren kreisrunden Herden zusammengeflossene Plaque von der Grösse des ganzen Handrückens; je eine durchaus ähnliche, kreisrunde von Thalergrösse findet sich an der Streckseite des rechten Handgelenkes und in der Mitte desselben Vorderarmes. Diese Plaques sind umgeben von einer etwa 2 Ctm. breiten Röthung, die auf Fingerdruck erblasst; nach dem Centrum zu erhebt sich die Plaque allmälig, so dass dieses, welches von drüsigen, warzigen, papillomartigen, theilweise verhornten Excrescenzen gebildet wird, fast über 1 Ctm. hoch ist, während die peripheren Theile, die unregelmässig höckerig, braunroth sind, sich allmälig zum Niveau der normalen Haut hinabsenken. Ausserdem leidet Patient an theilweise vernarbtem Lupus an beiden Seiten des Halses und unter dem linken Auge. Nachdem die Tuberkel-Bacillen in einem excidirten Stück nachgewiesen waren, bestand die Therapie in energischer Ablöffelung und wiederholter Aetzung mit dem Argentumstift, so dass Patient nach fast fünfmonatlicher Behandlung vollkommen geheilt mit gut functionirender Hand entlassen werden konnte.

W. R., 26 Jahre alt, Bergmann, wurde am 9. Juni 1885 aufgenommen; er ist hereditär nicht belastet und erkrankte etwa 3 Jahre vor seiner Aufnahme an dem Ausschlag auf seinem linken Handrücken.

Dort findet sich eine etwa thalergrosse, runde, geröthete Stelle, die im Centrum auch wieder verhornte, papillare Excrescenzen zeigt, zwischen denen auf Druck je ein kleiner Eitertropfen sich entleert. Im Uebrigen ist Patient vollkommen gesund.

Die Heilung erfolgte nach Abkratzung und Cauterisation in circa 6 Wochen unter Sublimatumschlägen.

J. W., 60 Jahre alt, Landmann, aufgenommen am 16. Juni 1887, ohne Belastung, bemerkte etwa $^{3}/_{4}$ Jahre vor seiner Aufnahme ein kleines, schmerzloses Wärzchen an der Basis des vierten Fingers der rechten Hand; allmälig traten neue Wärzchen auf, die ganze Partie fing an zu schwellen. Bei seiner Aufnahme zeigte sich auf dem Dorsum der rechten Hand eine Plaque von etwa Thalergrösse und folgendem Aussehen: In der Peripherie ein geröthetes Band, allmäliges Ansteigen mit unregelmässig höckeriger Oberfläche zu den warzigen Auswüchsen des Centrums, die mit Borken und Krusten bedeckt sind, nach deren Abhebung eine dunkelbraune Verfärbung der drüsigen Excrescenzen deutlich zu Tage tritt; zwischen den Papillomen befinden sich kleine Oeffnungen, aus denen sich auf Druck eine ziemliche Menge Eiter entleert.

Die Therapie bestand in Auslöffelung und nachfolgender Verschorfung mit dem Paquelin. Unter Sublimatumschlägen erfolgte dann in vier Wochen die Heilung.

M. W., 25 Jahre alt, wurde am 20. Juli 1888 aufgenommen; sie ist taubstumm, was die Anamnese erschwert und dieselbe ungenau erscheinen lässt; sie ist zum vierten Male gravid, leidet an Lupus hypertrophicus des Kinns, und ausserdem findet sich bei ihr an der Streckseite des rechten Knies eine zehnpfennigstückgrosse Stelle von derselben Beschaffenheit, wie die in der vorigen Krankengeschichte geschilderte Hauterkrankung.

Auch hier wurde gründlich abgekratzt und kauterisirt; Pat. musste dann nach mehrmaliger Application von 10%iger Pyrogallussalbe wegen beginnender Wehen mit gut granulirenden Wundflächen zur Geburtsklinik transferirt werden.

Von diesen vier Fällen entsprechen besonders der zweite und dritte etwa dem, was Riehl und Paltauf[1]) als „Tuberculosis verrucosa cutis" beschrieben haben. Diese beiden Autoren fassen die genannte Erkrankung, ebenso wie Brugger[2]) in einer neueren Arbeit als eine relativ unschuldige Form der eingeimpften Hauttuberculose auf, weil sie sich nur auf die obersten Schichten der Cutis erstreckt, folglich auch nicht die tiefen Zerstörungen des Lupus bewirkt und nach einmaliger gründlicher Beseitigung keine Neigung zu Recidiven zeigt; sie stellen sie in nächste Beziehung zu der relativ ebenso unschuldigen Leichenwarze. Ich möchte auf Grund der unten folgenden histologischen Befunde, nach Doutrelepont's Vorgang, diese Erkrankungsform der Haut nicht so streng von dem Lupus papillosus seu verrucosus, L. sclerosus (Leloir und Vidal), L. cornutus (Lang) trennen; es scheint sich mir vielmehr in allen diesen Fällen um durchaus ähnliche Processe zu handeln, die sich vielleicht in den einen Fällen etwas mehr in den oberen Theilen der Cutis abspielen, als in den anderen, bald etwas acuter, zu rascher Verbreitung neigend, auftreten, meistens jedoch sich durch grosse Chronicität auszeichnen und jedenfalls mit starker Hyperplasie der epidermoidalen Zellen, mit mächtiger Betheiligung der Papillen an der Wucherung und oft sehr bedeutender Bindegewebswucherung in den tieferen Schichten der Cutis einhergehen. Eine Stütze für diese Ansicht ist noch vor Allem die Erscheinung, dass wir häufig bei Patienten, die mit Tuberculosis verrucosa cutis behaftet waren, an anderen Körperstellen die verschiedenen anderen Lupusformen fanden. Die grössere Zahl

---

[1]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1886.

[2]) Virchow's Archiv, Bd. 119, Heft 3, pag. 524.

der Tuberkelbacillen, die Riehl und Paltauf bei ihren Untersuchungen fanden, berechtigt schliesslich auch nicht zum Aufstellen einer neuen Krankheit, denn Doutrelepont hat auch in mehreren Fällen von wohlcharakterisirtem Lupus die Bacillen in Haufen im Gewebe liegend gefunden.

Die histologische Untersuchung eines dem zweiten Patienten excidirten Stückes ergab folgenden Befund:

Die Hornschicht über den bedeutend verlängerten Papillen ist ziemlich verdickt, mit parallelen Lamellen die Papillen überziehend, die Einsenkungen zwischen denselben sind theilweise vollgestopft von verhornten Epidermismassen. Das Rete ist sehr stark verbreitert, die Zapfen desselben ragen oft gabelförmig verästelt zwischen die Papillen. Diese selbst und das Stratum subpapillare sind von zahlreichen vielfach confluirten kleinzelligen Herden eingenommen, die im Centrum epitheloide Zellen und Riesenzellen aufweisen. Auch in den tieferen Schichten findet sich an verschiedenen Stellen reichlich kleinzelliges Infiltrat, das theilweise nach oben bis ins Rete hinein sich erstreckt und an manchen Stellen die Epidermis abgehoben hat. Bacillen konnte ich in diesen Schnitten nicht häufiger als sonst bei Lupus finden.

Des Vergleichs halber stelle ich diesem Befunde den gegenüber, welchen ich bei einem Mädchen erheben konnte, das, von Seiten der Grossmutter, die ebenso, wie zwei Brüder, an Phthise gestorben war, hereditär belastet, ausser Lupus vulgaris des Gesichts die papillöse Form des Lupus an ihrem rechten Zeigefinger darbot. Diese Patientin, A. N., 17 Jahre alt, wurde am 6. Juni 1886 in hiesige Klinik aufgenommen. Am rechten Zeigefinger war in ziemlich kurzer Zeit ein Fleck von Fünfpfennigstück-Grösse entstanden, der in der Peripherie deutliche Knötchen, in der Mitte papillenartige Auswüchse zeigte. Mikroskopisch erwiesen sich die Cutispapillen lang und schmal, welche, bedeckt von einem mächtig wuchernden Rete, an dem besonders schön wieder die dendritische Verzweigung der interpapillären Zapfen hervortrat, sich tief ins Corium hinab erstreckten. Das Stratum corneum zeigte sich an den Stellen, wo es nicht abgestossen war, ziemlich unverändert; das Stratum vasculosum subpapillare bot, abgesehen von seinem Reichthum an kleinen Rundzellen nichts Besonderes und erst mehr in den tiefen

Schichten der Cutis fanden sich reichlich kleinzellige runde Herde, die epitheloide und Riesenzellen einschlossen.

Ferner schliesse ich hier noch den mikroskopischen Befund bei einem Falle von Lupus hypertrophicus des Gesässes an.

H. F., 27 Jahre alt, Fabriksarbeiter, wurde am 30. Mai 1884 in hiesige Klinik aufgenommen. Patient, von seiner Mutter her belastet, bot ausser einem lupösen Geschwür am linken Oberschenkel folgendes Krankheitsbild. Die hintere untere Partie des linken Hinterbackens ist in reichlich Handtellergrösse besetzt mit über ein Ctm. hohen, knolligen Lupusmassen, die bei erster Besichtigung den Untersuchenden veranlassen könnten, Sarkom oder Mycosis fungoides zu diagnosticiren, wenn nicht die in der Peripherie eingesprengten wohlcharakterisirten Knötchen auf die richtige Diagnose leiteten. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich die Epidermis fast allenthalben zerstört; wo noch etwas zu sehen war, zeigte sich das Rete verdickt und in Wucherung gerathen, die interpapillären Zapfen mit oft dendritischen Zweigen sich tief ins Cutisgewebe erstreckend. Die Papillen selbst verbreitert und theilweise enorm verlängert, von zelliger Infiltration durchsetzt. Das Corium selbst ist besonders entlang den Gefässen von einem dichten kleinzelligen Infiltrat durchsetzt. In diesem finden sich eingesprengt zahlreiche Mastzellen, deren Körner sich durch verschiedene Färbungen, wie Ehrlich's Tuberkelbacillenfärbung, Dahlia mit Eisessig, Anilin-Methylenblau schön zur Darstellung bringen lassen. Ihre Gestalt und Grösse ist sehr mannigfach, doch sind im Allgemeinen die rundlich-ovalen oder polyedrischen in überwiegender Menge vorhanden. Meistens in der Tiefe der Cutis, doch auch mehr oberflächlich, fanden sich dann zahlreiche runde kleinzellige Herde mit epitheloiden und zahlreichen schönen und grossen Riesenzellen im Centrum; Bacillenbefund spärlich.

Kommen wir nun zu dem wichtigsten Theil, zu den durch den Lupus der Extremitäten hervorgerufenen Veränderungen und den dadurch bedingten Functionsstörungen der betreffenden Glieder, so ist wohl einleuchtend, dass in vielen Fällen von diesen gar nichts zu bemerken ist. Besonders ist dies der Fall, wenn es sich um kleinere lupöse Herde handelt, wenn dieselben über den dicken Muskeln sitzen, wo die grosse Verschieblichkeit der Haut die durch den Narbenzug bedingte Contraction leicht auszugleichen vermag,

und wenn der Process sich noch lediglich auf die Haut beschränkt, noch nicht in die tiefer gelegenen Theile hineingewuchert ist. Es findet da vielleicht Anfangs auch eine Behinderung der vollen Bewegungsfähigkeit statt, allein sobald die Narbe weich wird, was man durch Massage und Uebungen unterstützen müsste, wird davon nichts mehr zu verspüren sein. Anders gestaltet sich die Sache, wenn der Lupus sich über grössere Strecken verbreitet oder über Gelenken und den peripheren Theilen, vor Allem den Phalangen sich etablirt hat; auf die so bedingten Veränderungen kommen wir zum Schluss zurück.

Zuweilen wuchert der Lupus so stark, es kommt zur Bildung von so dicken, geschwulstartigen, blumenkohl- oder warzenförmigen Neubildungen, dass Busch[1]) sich veranlasst sah, eine eigene epitheliomartige Form des Lupus anzunehmen. Und thatsächlich sind auch die Bilder, die man von derartigen lupösen Wucherungen erhält, so beschaffen, dass man sie von einem Carcinom nicht unterscheiden kann, wenn man die Diagnose nur mit Hilfe des Mikroskopes stellen will. Man hat da die oft enorm verlängerten und dann dendritisch und gabelförmig verzweigten Retezapfen, die sich tief ins Cutisgewebe wuchernd erstrecken; trifft der Schnitt nun quer auf die Ausläufer dieser Papillen, so hat man Bilder, die genau die alveoläre Structur eines Carcinoms vortäuschen.

Breitet sich der lupöse Process sehr weit aus, besonders wenn er eine Extremität ringförmig oder doch fast ringsum umgibt, und beginnt er dann an einigen Stellen zu vernarben, so kommt es durch den Druck der Narbe zu Stauungen, durch den continuirlichen Entzündungszustand und die Hyperämie, die der andauernde Eruptionsprocess des Lupus hervorruft, zu einem ödematösen Infiltrat; intercurrirende erysipelatöse Entzündungen und Lymphangioitiden bringen eine bedeutende Steigerung desselben jedesmal zu Wege; allmälig kommt es zu Gewebsneubildung[2]), Hypertrophie des subcutanen Zellgewebes, der Cutis, bindegewebige Degeneration der Muskeln, Verdickung des Periosts; die betreffende Extremität

---

[1]) Busch, Ueber die epitheliomartige Form des Lupus an den Extremitäten; v. Langenbeck's Archiv, 15. Band.

[2]) Hebra und Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten, 2. Band.

wird verdickt, deform, sie ist elephantiastisch angeschwollen. Während Volkmann diesen Zustand bei papillärem Lupus häufig an den Fingern und Zehen beobachtet hat, berichtete Doutrelepont[1]), dass er Elephantiasis an den oberen Extremitäten nicht gesehen, wohl aber an den Beinen sie häufiger vorgefunden habe. Er erwähnt damals einen Patienten, dessen Krankengeschichte ich hier kurz mittheilen möchte.

H. K., 44 Jahre alt, Schneider, wurde am 25. Februar 1884 in hiesige Klinik aufgenommen; er ist hereditär nicht belastet. Zuerst erkrankte er im 10. Lebensjahre an einem eiternden Geschwür der Gegend des rechten Fussgelenks, das im Laufe eines Jahres allmälig zugeheilt sein soll. Im 34. Jahre entstand am rechten Schenkel ein Ausschlag, der sich später auf das Gesäss und Gesicht ausdehnte. Als die erste Ulceration verheilte, blieb schon eine Anschwellung des Beines zurück, diese wurde allmälig stärker, es traten neue Ulcerationen auf, die nur theilweise verheilten. Oft wurde das Bein von Erysipel befallen. So entwickelte sich allmälig eine ganz enorme Schwellung des Beines und Vergrösserung des Fusses. Dieser war (an dem mir vorliegenden Spirituspräparat gemessen) 27 Ctm. lang, der Umfang um die Ferse gemessen, betrug 33 Ctm. Nirgends liess sich die Haut in Falten erheben. An den vom Lupus nicht ergriffenen Partien war die Haut geröthet, die Epidermis nicht auffallend verdickt. Hinter dem äusseren Knöchel fand sich eine thalergrosse tiefe Ulceration mit schmierigem Grunde und zerfallenen Rändern. Der laterale Theil der Dorsalfläche des Fusses und die Dorsalfläche sämmtlicher Zehen mit warzigen, theilweise exulcerirten Lupusefflorescenzen bedeckt. Besonders die Spitzen der Zehen sind stark verdickt, und an den einander zugekehrten Seiten zeigen sie tiefe Ulcerationen. Am inneren Fussrande finden sich mehrere flachere Ulcerationen unterhalb des Knöchels. Besonders schön entwickelte Lupusplaques sieht man etwa in der Mitte des äusseren Fussrandes und zwar theils zu einem unregelmässigen Plateau confluirt, theils serpiginöse Kränze bildend. Von hier aus ist der lupöse Process auf die Planta pedis übergegangen und hat die laterale Seite der Fusssohle in ihrer hinteren Hälfte mit papillären Wucherungen überzogen. Die vierte Zehe ist aus der Reihe der übrigen heraus nach dem Dorsum pedis hin verzogen.

Der geschilderte Zustand machte die Amputation des Unterschenkels erforderlich. Nach Heilung der Wunde wurde Patient von seinem Lupus im Gesicht, in der Kreuzbeingegend, an den Hinterbacken und am Amputationsstumpf nach zehnwöchentlicher Behandlung befreit.

---

[1]) Verhandlungen des 14. Chir. Congr. pag. 33.

Der mikroskopische Befund eines Stückchens Haut, das vom Fussrücken excidirt war, und die mit diesem Material vorgenommenen Impfversuche sind schon von Doutrelepont mitgetheilt worden; ich lasse daher hier nur nochmals den Befund, den das Mikroskop mir ergeben hat, folgen:

Die Epidermis ist an den Stellen, die äusserlich das Bild der Elephantiasis geben, meist erhalten und nicht verändert, höchstens fällt an dem Rete eine mässige Verdickung auf; enorm verbreitert zeigt sich dagegen das Corium, dessen Papillen übrigens nicht allzu stark in die Länge gewuchert sind. Das Corium wird gebildet von vielen nach allen Richtungen kreuz und quer durch einander ziehenden Bindegewebszügen, die an einzelnen Stellen noch zahlreiche sich gut färbende Kerne aufweisen; an den meisten Stellen dagegen haben die Fasern ein gequollenes, mehr homogenes Aussehen, sie färben sich nicht, Kerne, die den Farbstoff annehmen, sind ebenfalls nicht vorhanden; zwischen den Bindegewebszügen bemerkt man eine reichliche Menge von Gefässen und Lymphspalten, deren Lumina weit klaffen, aber sämmtlich leer sind; man findet die grössten derselben in den tieferen Lagen der Cutis. Die Adventitia der Gefässe ist durch Bindegewebswucherung mächtig verdickt; einzelne Knäueldrüsen sind erhalten, um sie, wie um die Gefässe wenig dichte, kleinzellige Infiltration und im Bereiche dieser Infiltration hauptsächlich, jedoch an allen Stellen eines jeden Schnittes in immer noch beträchtlicher Menge nachzuweisen, finden sich Mastzellen von allen möglichen Formen und Grössen, deren Körner sich durch die verschiedenen oben erwähnten Farbstoffe schön darstellen lassen. Mitten ins Bindegewebe eingesprengt finden sich nun, und zwar hauptsächlich in den tieferen Schichten, jedoch auch im Stratum subpapillare, runde, kleinzellige Herde, die ihrerseits wieder die epitheloiden Zellen und prachtvolle Riesenzellen einschliessen; in diesen Riesenzellen lassen sich in mehreren Schnitten Tuberkelbacillen nachweisen.

Ganz anders gestaltet sich aber das Bild an Schnitten, die durch das Bereich der papillären Lupusefflorescenzen fallen: hier hat man das Stratum corneum theils als dicke, schollige Schicht auf dem mächtig gewucherten Rete aufsitzen, theils ist es abgestossen und das Rete, beziehungsweise nach dessen Entfernung die Papillen, treten frei zu Tage. Mächtige gabelförmig verzweigte

Retezapfen erstrecken sich zwischen die Papillen, die bis zur sechsfachen Länge des Normalen ausgewachsen erscheinen. Das ganze Gesichtsfeld ist von dichter kleinzelliger Infiltration eingenommen, die nur an einigen Stellen noch deutlich ihre Entstehung aus zusammengeflossenen runden Herden erkennen lässt. Riesenzellen, epitheloide Zellen und Bacillenbefund wie oben. Was noch besonders hier auffällt, ist die auffallend grosse Zahl von Mastzellen, die sich allenthalben, am dichtesten freilich im Verlaufe der Gefässe in ihrer oben geschilderten Beschaffenheit zeigen.

Wir haben also hier einen Befund, der neben dem Bilde der Elephantiasis das der Hauttuberculose ganz typisch zur Anschauung bringt.

Die Therapie dieser Fälle mit elephantiastischer Verdickung richtet sich je nach der Schwere der Erkrankung; in leichteren wird man versuchen müssen, den Lupus mit möglichst glatter Narbe zu heilen, und dann durch Bindeneinwicklung und Hochlagerung der Elephantiasis entgegen zu arbeiten. Schwerere Fälle eignen sich wohl am besten zur Amputation.

Anders gestaltet sich nun die Sache, wenn der lupöse Process in die Tiefe dringt. Nachdem zunächst subcutanes Zellgewebe und Fascien befallen sind, kann der tuberculöse Process auf Periost und Knochen übergreifen, es kann sich Gelenkcaries anschliessen, ganze Phalangen können ausgestossen werden, und schliesslich bleiben z. B. von den Fingern nur noch vollständig werthlose Stümpfe übrig, wie dies schon Neisser im oben citirten Handbuch und Doutrelepont auf dem 14. Chirurgen-Congress mittheilten. v. Langenbeck hatte damals einen Patienten mit Lupus der Hand vorgestellt, der mit Contractur verschiedener Finger und theilweiser Schwimmhautbildung verheilt war; er rieth damals, ebenso wie Busch (l. c.) jeden Finger einzeln zu verbinden, um der Gefahr der Syndaktylie vorzubeugen, falls die gegen einander gekehrten Seiten zweier Finger vom lupösen Process befallen seien.

Auf diese Mittheilung v. Langenbeck's musste Doutrelepont damals erwidern, dass derartige Fälle leider hier am Rhein nicht selten seien (cf. Abbildungen von Busch, l. c.), leider, weil die Leute zumeist erst sehr spät damit zur Klinik kämen, wenn es zur Erhaltung einer brauchbaren Hand schon zu

spät sei. Denn wo derartige cariöse oder überhaupt tiefgreifende Processe mitgespielt haben, kommt es in Folge der späteren Narbencontraction oft zu den unglaublichsten Verziehungen, die Metacarpalknochen können über einander verschoben, die Gelenke subluxirt werden; so werden dann, wenn der Process an der Streckseite sitzt, die Finger im ersten Gliede hyperextendirt, in den übrigen flectirt und gegen die Vola eingeschlagen fixirt, oder sie werden in toto nach dem Dorsum hinaufgezogen, was natürlich ein für die betreffende Function durchaus unbrauchbares Resultat gibt. Und selbst wenn der Process nicht so sehr in die Tiefe greift, wenn er relativ gutartig ist, und sich nur auf Haut und subcutanes Zellgewebe beschränkt, kann es doch zu Contracturstellungen und Subluxationen der betreffenden Gelenke kommen, wie die von Güterbock[1]) mitgetheilten Fälle zeigen; in beiden Fällen handelte es sich um relativ leichte Formen von Lupus, der Process am Dorsum manus war wenig zerstörend aufgetreten und die Recidive zeigten sich in Form einzelner miliarer Knötchen im Bereiche der Narben. Güterbock erklärt sich nun die Sache folgendermassen: da die Form und Schwere der lupösen Affection nicht für die entstandenen Contracturen verantwortlich gemacht werden konnte, so zog er die Verbreitung des Processes zur Erklärung heran. Der lupöse Process, der sich auf die Dorsalfläche der Hand oder Finger beschränkt, hat ein Gebiet ergriffen, auf welchem die Integrität der Verschieblichkeit der Haut von der grössten functionellen Bedeutung für die Strecksehnen der Finger ist. Beeinträchtigung dieser Verschieblichkeit der Haut als Folge der lupösen Infiltration kann hier nicht ohne Rückwirkung auf das freie Spiel der genannten Sehnen bleiben. Ferner bilden die fibrösen Brücken, welche die Sehnen des Extensor dig. comm. unter einander verbinden, eigentlich nur Verstärkungsfasern der Fascie, und so kann man sich unschwer denken, dass, wenn dies Gewebe vom Lupus mitergriffen wird, auch die Strecksehnen in Mitleidenschaft gezogen und fixirt werden können. Da nun diese Fixation naturgemäss (bei Sitz der Affection an der Streckseite) nur in Extensions-, beziehungsweise Hyperextensionsstellung erfolgen

---

[1]) Güterbock „Ueber lupöse Verkrümmungen der Finger“, Virchow's Archiv, Bd. 53.

kann, so erklärt sich daraus wieder auch ziemlich zwanglos, wie durch den allmälig stärker wirkenden Zug das Metacarpophalangealgelenk des betreffenden Fingers volarwärts subluxirt und der Finger in der oben beschriebenen Stellung fixirt werden kann.

Sonst sind, wie wir ja schon oben kurz erwähnten, die Bewegungsstörungen der Extremitäten meist durch die grosse Ausbreitung des lupösen Processes bedingt; auch bei uns kamen mancherlei Fälle derart vor:

So haben wir einen Patienten, M. B., 17 Jahre alt, aufgenommen am 31. Jänner 1889, bei dem der ganze linke Unterschenkel, das Fussgelenk und der Fussrücken noch mit eingeschlossen, in eine lupöse Fläche verwandelt war; nach siebenmonatlicher Behandlung war Alles mit straffen, ziemlich glatten Narben verheilt, aber durch dieselben war das Fussgelenk vollkommen ankylosirt. Patient ging mit demselben wie mit einem Stelzfusse; er wurde dann auf seinen Wunsch entlassen, mit der Weisung, die Narben noch ordentlich zu massiren, hat sich aber leider nicht wieder gezeigt, so dass wir über den Erfolg dieser Therapie nichts wissen.

Einen ganz ähnlichen Fall haben wir noch auf der Station. M. S., 41 Jahre alt, aufgenommen am 3. August 1889, litt ausser an einem nunmehr fast ganz verheilten Lupus des ganzen Gesichtes und des Halses noch an Lupus serpiginosus an der rechten Hüfte und am linken Ellbogen, während aber diese beiden Narben, obwohl jede von Flachhandgrösse ist, die Bewegungen der betreffenden Extremitäten nicht im Geringsten geniren, hatte sich die Sache an der linken Hand etwas anders gestaltet. Der ganze Handrücken bis hinauf zur zweiten Phalanx sämmtlicher Finger war ebenfalls von Lupus serpiginosus bedeckt gewesen; als dieser nun geheilt war, liessen sich die Finger activ gar nicht, und auch passiv nur sehr wenig bewegen; jetzt ist er durch gehörige Massage und Uebungen, hauptsächlich passive Bewegungen, soweit gekommen, dass er sämmtliche Finger bis in die Vola einschlagen kann, mit Ausnahme des Mittelfingers, der noch nicht recht folgen will.

Von Fällen, wo zum lupösen Process Gelenkcaries und dadurch bedingte Bewegungsstörungen hinzugetreten sind, möchte ich folgende anführen.

P. Sch., 16 Jahre alt, aufgenommen am 21. Mai 1889, litt ausser an einem tuberculösen Abscess am rechten Vorderarm und verschiedenen Plaques von Lupus papillosus ebendaselbst, an einem Lupus papillosus des rechten Handrückens, der die Haut über den distalen Enden der Metacarpalknochen und den dritten Finger noch bis zur zweiten Phalanx einnahm; dieser dritte Finger war activ und passiv vollkommen unbeweglich,

die Grundphalanx stand etwa im Winkel von 45° hyperextendirt, während die beiden anderen Phalangen in die Hohlhand eingeschlagen waren; sowohl am Metacarpophalangealgelenk, als am ersten Interphalangealgelenk fand sich eine Fistel, die ins Gelenk führte, so dass die Resection dieses Gelenkes erforderlich wurde, um Heilung herbeizuführen.

Noch grössere Zerstörungen hatte die consecutive Knochenerkrankung bei folgendem Patienten zu Stande gebracht.

W. L., 12 Jahre alt, aufgenommen am 15. März 1889, hatte ausser einem ausgedehnten Lupus des Gesichtes an beiden Armen einen Lupus serpiginosus, der etwa 5 Ctm. unterhalb des Schultergelenks begann und rechts am Handgelenke aufhörte, während links noch der ganze Handrücken, Daumenstreckseite, Mittelfinger und Ringfinger befallen war; der Zeigefinger fehlte vollkommen, er war ebenfalls in den lupösen Process einbezogen gewesen und hatte sich nach Aussage des Knaben langsam und allmälig, ohne besondere Schmerzen abgestossen; am Mittelfinger dieser Hand war das zweite Interphalangealgelenk cariös geworden, die Gelenkverbindung zwischen den beiden Knochen war aufgehoben, und die Endphalanx stand rechtwinkelig volarwärts geknickt vom Finger ab.

Welche Zerstörungen durch lupöse Processe auf diese Weise angerichtet werden können, zeigt endlich der folgende Fall, der, vor Kurzem von der Station entlassen, sich noch poliklinisch in unserer Behandlung befindet.

M. S., aufgenommen am 13. September 1889, ist ein für ihr Alter (15 Jahre) äusserst kleines und schwächliches Mädchen. Sie hat eine angeborene, doppelseitige Hüftgelenksluxation, leidet an Enuresis nocturna und zeigt im Gesicht mehrere keloidartige Narben von kleinen Lupusherden. Am rechten Ellbogen bemerkt man in der Gegend des Condylus externus hinten bis zum Olecranon, nach oben bis zur Mitte der Beugeseite des Oberarmes sich erstreckend, eine Geschwürsfläche, die etwas erhaben und von schlaffen, graurothen, dünnen Eiter secernirenden Granulationen bedeckt ist; in der Peripherie und in der nächsten Umgebung erkennt man zahlreiche typische Lupusknötchen. Der Ellbogen ist im rechten Winkel ziemlich fest ankylosirt, es ist nur eine geringe stärkere Flexion möglich. Die Ankylose ist bedingt durch sehr derbe, feste Narben, die nach oben und unten von der eben beschriebenen Geschwürsfläche ziehen, und durch ihre Schrumpfung jedenfalls das Zustandekommen dieser Ankylose bewirkt haben. Etwa in der Mitte des Unterarms ist die Ulna spindelförmig aufgetrieben, die Schwellung fühlt sich fest an, und am ulnaren Rande des Arms bemerkt man eine enge, wenig secernirende Fistel, durch welche die Sonde auf rauhen Knochen dringt. Um diese Fistel herum befindet sich wiederum ein geschwürig zerfallener lupöser Herd von etwa 6 Ctm. Länge und 3 Ctm.

Breite, der auch an den peripheren Theilen zur Vernarbung gelangt ist. Das Handgelenk ist frei. An den Metacarpalknochen hat der lupöse Process, der seit dem vierten Lebensjahre auf dem Handrücken sich etablirt hatte, zu einer ganz beträchtlichen Verschiebung der verschiedenen Knochen gegen einander geführt; die Verhältnisse sind etwas complicirt. Die Köpfchen des zweiten und vierten Metacarpus erscheinen einander genähert; nachdem der dritte mit seinem peripheren Theile volarwärts herausgedrängt ist, so springt das Köpfchen dieses Metacarpus stark in die Vola vor; am Dorsum soll sich über demselben früher eine Fistel befunden haben, die lange und reichlich Eiter secernirte, jetzt aber geschlossen ist. Der fünfte Metacarpus ist ganz auf das Dorsum hinaufgezogen und liegt fast auf dem vierten. Vom fünften Finger bemerkt man nur noch ein etwa $1\frac{1}{2}$ Ctm. langes Stück, es scheint nach Ausstossung der beiden anderen nur noch die Endphalange erhalten zu sein, denn der Nagel ist noch vorhanden. An der Stelle des Dorsum manus, wo der fünfte Finger beginnt, findet sich, diesen mit überziehend, eine markstückgrosse lupöse Geschwürsfläche, die sich dann weiter zum zweiten und vierten Finger hinzieht und dieselben gänzlich an ihrer Streckseite bedeckt. Diese beiden Finger sind durch die gewucherten Granulationen sehr verdickt, sie tragen am freien Endgliede noch die Nägel; ihre sämmtlichen Gelenke sind ankylosirt, die Finger selbst bis fast zur Mitte der zweiten Phalanx durch Granulationen fest mit einander verwachsen. Unter ihnen, an der volaren Seite, sieht man den durch seine Länge auffallenden dritten Finger (dass es sich um abnormes Längenwachsthum handelt, wie es Güterbock [l. c.] erwähnt, kann man in unserem Falle nicht behaupten). Auch dieser Finger ist total unbeweglich, und an den Streckseiten der beiden ersten Phalangen in eine lupöse Granulationsfläche verwandelt. Endlich noch der Daumen: derselbe ist in seinen Oppositions- und übrigen Bewegungen ziemlich frei, nur ist die Flexion nicht vollkommen, da die ganze Streckseite von einem exulcerirten Lupus eingenommen ist, der durch starke Granulationswucherung zu einer beträchtlichen Verdickung des Fingers geführt hat; hier erstreckt sich der Lupus auch auf die Endphalanx und hat das ganze Nagelbett mit ergriffen, so dass der Nagel nur noch an einer Kante ganz lose mit seiner Unterlage verbunden erscheint. Der Vollständigkeit halber erwähne ich noch eine exulcerirte lupöse Fläche von Thalergrösse an der Beugeseite des linken Vorderarms, nahe dem Handgelenk, und eine dem Knochen adhärente eingezogene Narbe an der Grundphalanx des linken Daumens (verheilte Spina ventosa). Die rechte Hand ist somit gewissermassen in eine Klaue verwandelt, die zu jeglicher Function vollkommen unfähig ist. Dass der Lupus in diesem Falle das primäre Leiden gewesen ist, ergibt die Anamnese: nach Aussage der Mutter waren etwa im vierten Lebensjahre zuerst Knötchen am Ellbogen und auf dem Handrücken aufgetreten, die allmälig immer weiter um sich griffen und theilweise zerfielen; mehrere Jahre später sollen dann erst die erwähnten Fisteln aufgetreten sein, aus denen sich viel Eiter

entleerte und daran anschliessend haben sich dann allmälig die erwähnten Knochenverschiebungen und Zerstörungen ausgebildet.

Da das Kind auch nach Heilung sämmtlicher lupöser und Knochenherde doch von seiner Extremität kaum noch ordentlichen Nutzen haben konnte, dagegen ihm stets die Gefahren einer allgemeinen tuberculösen Infection oder der Amyloiddegeneration drohten, ferner das an und für sich schon schwächliche Mädchen bei der jedenfalls langen Dauer bis zum Eintreten completer Heilung durch die Eiterung nur noch weiter heruntergekommen wäre, so wurde den Angehörigen die Ablation des Armes vorgeschlagen. Dieselben willigten ein, und so wurde die Operation im oberen Drittel des Humerus am 6. Februar 1890 von Herrn Geheimrath Doutrelepont im hiesigen evangelischen Hospital vorgenommen.

Die anatomische Untersuchung der abgesetzten Extremität ergab zunächst, dass das Ellbogengelenk selbst vollkommen frei war, die Ankylose also lediglich als durch Narbenschrumpfung der Haut bedingt aufzufassen ist. Nach Blosslegung der aufgetriebenen Stelle an der Ulna, sah man den Knochen hier in etwa Markstückgrösse des Periosts beraubt freiliegen, er hatte in derselben Ausdehnung eine rauhe Oberfläche, abgelöste nekrotische Stücke waren nicht vorhanden. Nun wurde zunächst die Hand durch einen den Mittelfinger halbirenden Schnitt gespalten und so konnte man erkennen, dass die Phalangealgelenke hier frei waren, und die Verschiebung dieses Fingers auf Zerstörung der ihn haltenden Bänder zu setzen sei. Auch der vierte Finger liess nach medialer Spaltung an den Gelenken nichts Abnormes erkennen. Dagegen zeigte sich an der zweiten Phalanx das Periost vom Knochen abgehoben und der Knochen hier etwas rauh. Der fünfte Finger liess nach Spaltung erkennen, dass die erste Phalanx ihrer Diaphyse beraubt war, und dass das Metacarpophalangealgelenk zerstört war; der Knorpel erwies sich hier nämlich theilweise usurirt und die Gelenkhöhle durch bindegewebige Stränge ausgefüllt. Das Periost erschien hier etwas verdickt, jedoch liess sich am Knochen keine Rauhigkeit constatiren.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde ein Stück aus der Nähe dieses zerstörten Gelenks excidirt. Es wurde Sorge getragen, dass hierbei ein Stück des Knochens und Knorpels mit ausgeschnitten wurde.

Die Untersuchung der Schnitte ergab folgenden Befund: Vom Bereich des Gesunden aus beginnt allmälig eine kleinzellige

Infiltration der obersten Coriumschichten, die nach und nach dichter wird; zugleich beginnen die Papillen sich in die Länge zu strecken, sie erscheinen schmäler als normal; das Rete zeigt an diesen Stellen auch schon eine mässige Wucherung und Verdickung. Kommt man in das Bereich des lupösen Processes, so erscheint das Stratum corneum grösstentheils zerstört, auch das Rete ist vielfach abgestossen, so dass die hier beträchtlich verlängerten Papillen frei an die Oberfläche ragen; hier erkennt man auch deutlich runde Zellherde, die in ihrem Centrum Riesenzellen enthalten, und durch Confluiren eine dichte, das ganze Gewebe grösstentheils erfüllende Infiltration darstellen. Weiter in den unteren Schichten der Cutis gelangt man zu einer stark verbreiterten bindegewebigen Partie, es sind zahlreiche Lymphzellen eingelagert und das Bindegewebe ist entschieden in Proliferation befindlich, denn man bemerkt zahlreiche junge spindelförmige Bindegewebszellen. Hier eingesprengt wieder vereinzelt runde Herde und eine recht beträchtliche Menge typischer Mastzellen, die sich übrigens auch schon in den oberflächlicheren Partien nicht selten finden. Kommt man nun auf Knochen und Knorpel, so bemerkt man, dass Periost und Perichondrium nicht unerheblich verdickt und mit Rundzellen durchsetzt sind. Am Knochen ist nichts Abnormes zu bemerken, auch die Knorpelzellen färben sich durchgehends gut; dagegen bemerkt man an verschiedenen Stellen, dass runde Infiltrationsherde in die Knorpelsubstanz eingewuchert sind und dieselbe zerstört haben; der Knorpel erscheint hier aufgefasert, an einzelnen Stellen scheinen auch die Knorpelzellen nicht ganz unbetheiligt, sie sind von Leukocyten umgeben und ihre Kerne anscheinend in beginnender Theilung.

Man sieht also aus diesem Befunde, wie der lupöse Process, was ja auch a priori zu erwarten war, von der Oberfläche beginnend sich in die Tiefe erstreckt, Periost und Perichondrium in Entzündungszustand versetzt, und, wie in unserem Falle, zu Usur des Knorpels, oder auch des Knochens führt; die breite bindegewebige Zone in den tieferen Schichten der Cutis ist entschieden als Rückbildung des lupösen Processes anzusehen; es kommt nicht mehr zur Eruption neuer Knötchen und die vorhandenen gehen eine Art narbiger Umwandlung ein. (cf. Vidal, „Le lupus sléreux", Ann. de dermat. tome 4, 1883.)

Was nun die Therapie dieser Fälle anbelangt, so hat man natürlich stets zunächst zu versuchen, den Lupus zu heilen; in leichteren, nicht allzu ausgedehnten Fällen wird dies ja meistens gelingen; entstehen dann durch Narbenschrumpfung Contracturen, so muss man versuchen, durch Massage und fleissige Dehnung die Narben weich und geschmeidig zu machen und so die Functionsfähigkeit zu verbessern. Nach Busch (l. c.) gelingt es, wenn die Finger durch Narbenschrumpfung über einander geschoben sind, zuweilen nach Spaltung der Narbe dieselben wieder aufzurichten, und so zu erhalten, wenn man den Substanzverlust decken kann; er verwandte hierzu öfter die Haut des unbrauchbarsten Fingers, den er exarticulirte und erzielte so eine, wenn auch nur vierfingringe, so doch brauchbare Hand. Salzer[1]) schildert einen Fall, wo es in Folge von Tuberculosis verrucosa cutis der rechten Hohlhand, die ausgekratzt und mit Kali causticum geätzt war, zu ausgedehnter Narbencontractur und dadurch bedingter vollkommener Functionsunfähigkeit der Hand gekommen war. Er excidirte die Narbenmassen vollkommen und deckte dann den Defect durch einen gestielten Hautlappen aus der Lendengegend. Dieser Lappen heilte in toto per primam an, die Hand wurde wieder so brauchbar, dass Patient seinem früheren Berufe als Fleischergehilfe wieder nachgehen und sogar damit schreiben konnte.

Hat indess der lupöse Process auch noch zu Caries von Knochen oder Gelenken geführt, so sieht es mit der Prognose quoad functionem noch schlimmer aus; in einfacheren Fällen wird man natürlich auch hier durch energische Auskratzung des erkrankten Knochens, beziehungsweise durch Resection des betreffenden Gelenkes die Heilung eventuell unter Ankylosirung des Gliedes oder unter Exarticulation eines vielleicht in seiner ankylotischen Stellung störenden Fingers herbeizuführen suchen. Sind indess die Knochen in höherem Grade zerstört, so dass auch nach eingetretener Heilung das Glied mehr zum Hinderniss als zum Nutzen des Patienten gereicht, oder droht während der langen Dauer der Heilung die Gefahr der Amyloiddegeneration durch die Knocheneiterung, oder will man den Patienten vor einer allgemeinen

---

[1]) Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1887. Nr. 30, ref. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888. pag. 268.

tuberculösen Infection am sichersten bewahren, so empfiehlt sich für solche schwere Fälle die möglichst frühzeitig, möglichst central vorzunehmende Amputation des betreffenden Gliedes. Auf die Weise kann man dann auch die Freude erleben, solche bis dahin schwächliche und allmälig dahinsiechende Individuen sich wieder kräftig erholen zu sehen.

Nach Abschluss dieser Arbeit kamen in der Zeit vom 1. Januar 1890 bis 1. April 1890 noch 24 Fälle von Lupus in hiesiger Klinik zur stationären Behandlung; unter diesen waren bei sieben Patienten die Extremitäten mitbefallen, und zwar dreimal nur die oberen, einmal nur die unteren und dreimal die oberen und unteren zu gleicher Zeit.

Aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Herrn Geheimrath Prof. Doutrelepont zu Bonn.

Ueber extragenitale Syphilisinfection.

Von

Dr. J. von Broich,
II. Assistenzarzt.

Im Jahre 1888 war es mir gestattet, in meiner Inaugural-Dissertation über mehrere Fälle von extragenitaler Syphilisinfection zu berichten, welche in der Klinik des Herrn Geheimrath Doutrelepont zur Beobachtung kamen. In der Klinik selbst wurden zwar bis Ende 1887 nur 5 Fälle beobachtet, in denen der Primäraffect nicht an den Genitalien sass, ausserdem wurden jedoch noch von Doutrelepont in seiner Privatpraxis 14 Patienten mit extragenitalen Initialsklerosen behandelt. In diesen Fällen waren achtmal die Lippen, sechsmal die Finger (bei Aerzten und Hebammen), dreimal die Brustwarzen und einmal der weiche Gaumen Sitz der extragenitalen Sklerose, nur in einem Falle liess sich kein Primäraffect mehr nachweisen, die Infection konnte jedoch nach der Anamnese und dem Befunde nur im Bereiche des Mundes stattgefunden haben.

Obschon nun in der letzten Zeit die Berichte über ungewöhnliche Localisationen der syphilitischen Primäraffecte äusserst zahlreich geworden sind, so dass man derartige Fälle kaum noch als Seltenheiten hinstellen kann, so veranlasste mich doch die ungewöhnliche Zahl von 11 Patienten, die an extragenitalen Primäraffecten litten und sich im letzten Jahre (vom 1. April 1889 bis 1. April 1890) in hiesiger Poliklinik vorstellten, die betreffen-

den Krankengeschichten mitzutheilen. Dazu kommt noch, dass die Kenntniss dieser extragenitalen Schanker von so allgemeinem Interesse und namentlich für den praktischen Arzt von so grosser Wichtigkeit ist, dass es gerechtfertigt erscheint, die beobachteten Fälle genau wiederzugeben, denn gerade die ausser-geschlechtlich erworbene Syphilis sehen wir häufig einzig und allein als die Ursache von ganzen Syphilisendemien auftreten. Diejenigen, welche ein „böses Gewissen“ haben, suchen, sobald sie nur die geringsten Krankheitssymptome an den Geschlechtstheilen bemerken, bald den Arzt auf, durch den sie dann über die Ansteckungsgefahr, die sie ihren Mitmenschen gegenüber besitzen, belehrt werden; sie werden dann behandelt, und meist nach kurzer Zeit, während die manifesten Symptome geschwunden sind, ist die Ansteckungsgefahr auf ein Minimum reducirt. Anders verhält es sich dagegen bei unschuldig erworbener Syphilis. Die Krankheitssymptome der Syphilis sind überhaupt im Volke nur wenig bekannt, die Meisten kennen sie nur vom Hörensagen und glauben, dass sie eine specifisch geschlechtliche Krankheit sei und deshalb nur durch geschlechtliche Ausschweifungen erworben werde, sie wissen nicht, wie gerade die nicht geschlechtliche Ansteckung eine ganz bedeutende Rolle bei der Weiterverbreitung der Syphilis spielt. Wird nun Jemand, der keine Ahnung hat von den Krankheitserscheinungen, den Ansteckungsweisen und Gefahren der Syphilis extragenital inficirt, so wird die geringe Affection zuerst überhaupt nicht beachtet, schwellen dann die benachbarten Lymphdrüsen an, so ist dies, da sie nicht schmerzen, auch noch kein Grund, ärztliche Hilfe nachzusuchen, und erst, wenn die secundären Krankheitssymptome zu Tage treten, wird ein Arzt consultirt, dies trifft fast ausnahmslos in allen Fällen zu, fast sämmtliche extragenital inficirte Patienten kommen erst im secundären Stadium der Lues zur Behandlung, wie dies bei Durchsicht der in der Literatur mitgetheilten Fälle zu constatiren ist und ebenso fast für sämmtliche in unserer Klinik behandelte Patienten zutrifft. Bedenken wir nun, wie lange solche Patienten ohne Behandlung und Aufklärung über ihr Leiden bleiben (eine Zeit, die wir vom Beginne des Schankergeschwürs bis zum Auftreten von Secundaria mindestens auf sechs bis acht Wochen berechnen müssen), so liegt es klar auf der Hand, dass solche Individuen für

ihre Mitmenschen, speciell für ihre Familie und Verwandten beständig von der allergrössten Gefahr sind. Nur zu verwundern ist, dass nicht noch bedeutend mehr Menschen auf unschuldige Weise von dieser Seuche ergriffen werden, da sie doch auf die mannigfachsten Arten und Weisen und auf den verschiedensten Wegen übertragen werden kann. Am häufigsten sind die Ansteckungen per os und demnach sind die meisten Primäraffecte an den Lippen, respective im Bereiche des Mundes localisirt. Eine wie grosse Ansteckungsgefahr solche Lippenschanker bieten, namentlich wenn die Affection nicht als Syphilis erkannt ist, liegt klar zu Tage, und sind es nicht nur directe Berührungen mit dem Munde, also namentlich das Küssen, welche die Uebertragung der Syphilis vermitteln, sondern auch indirecte Veranlassungen, unter denen der gemeinschaftliche Gebrauch von Ess- und Trinkgeschirren die Hauptrolle spielt. Dazu kommt nun noch, dass in den allerwenigsten Fällen diese extragenital acquirirte Syphilis durch Coitus weiterverbreitet wird, sondern meistens resultiren hieraus wiederum neue extragenitale Infectionen. Und eben die Unkenntniss dieser Erkrankungen, die man leider auch nur zu häufig bei Aerzten constatiren muss, ist die Ursache, dass ganze Familien, ja ganze Ortschaften mit Syphilis durchseucht werden, so dass man von wirklichen Syphilisendemien sprechen kann. Das grösste Contingent zu diesen Erkrankungen stellen selbstredend die Kinder, die theils hereditär, theils durch den intimen Verkehr mit Eltern, Geschwistern und andern Kindern inficirt werden. Auf diese Weise ist es denn erklärlich, dass sich in verschiedenen Gegenden solch enorme Procentzahlen für die extragenitale Syphilisinfection ergeben haben, wie wir sie in den letzten Veröffentlichungen namentlich aus Frankreich und Russland berichtet finden.

Es liegt jedoch nicht in meiner Absicht, in ausführlicher Weise auf die in der Literatur mitgetheilten Einzelfälle und Epidemien des Näheren einzugehen, da uns verschiedene Veröffentlichungen aus den letzten Jahren zu Gebote stehen, in denen neben neu beobachteten Fällen ausführliche Literaturangaben gemacht werden. Namentlich sind es die Arbeiten von Bergh [1]) in Kopenhagen und von Pospelow [2]) in Moskau, welche uns hier werthvolles Material liefern. Der Erstere behandelt zunächst die Anfänge der

[1]) Bergh, Monatshefte für prakt. Dermatologie 1888, Nr. 4 u. 5.

[2]) Pospelow, Aus Archiv 1889, Heft 1 u. 2.

Syphilis in Europa und die grossen Epidemien am Ende des 15. und Anfange des 16. Jahrhunderts, die aus der Unkenntniss mit der damals neuen sogenannten gallischen Krankheit hervorgingen. Man schrieb die Krankheit der Aenderung der atmosphärischen Verhältnisse und dem Einflusse der Gestirne zu und dachte am allerwenigsten an Ansteckung durch unreinen Beischlaf, zumal man damals die höchsten geistlichen und weltlichen Würdenträger von der Seuche ergriffen sah. Erst nach der Mitte des 16. Jahrhunderts erkannte man die Ursachen dieser grässlichen Krankheit, wiewohl auch schon früher sich Stimmen erhoben hatten, die den unreinen Beischlaf als die Infectionsquelle bezeichneten. Im zweiten Theile seiner Abhandlung schildert uns Bergh an der Hand der Literatur, wie auf die mannigfachsten Arten und Weisen das syphilitische Gift von einer Person auf die andere extra coitum übertragen wurde. Selbstredend spielen hier die directen Uebertragungen von Person zu Person die Hauptrolle, nicht minder jedoch tragen auch indirecte Berührungen die Schuld an der Weiterverbreitung der Syphilis. Die inficirenden Mittelglieder sind meistens Utensilien und Geräthschaften, die von mehreren Personen zusammen benützt werden, namentlich gemeinschaftliche Ess- und Trinkgeschirre, Kleidungsstücke, Hand- und Schnupftücher, Tabakspfeifen, Rasirmesser, Zahnbürsten, ärztliche Instrumente etc. etc. Es würde mich zu weit führen, hier alle Mittel und Wege aufzuzählen, auf denen die Syphilis ihre Opfer forderte, und verweise deshalb auf die Ausführungen Bergh's, in denen wir eine interessante Fülle von allen eben nur denkbaren Uebertragungen der Syphilis finden, die uns manchen Fingerzeig geben in zweifelhaften Fällen, wenn die Ansteckung per coitum geleugnet wird, die Ursache der Infection zu finden. — Pospelow beschreibt in ausführlicher Weise die klinischen Symptome der extragenitalen Primäraffecte und weist ebenfalls auf die mannigfachen Verbreitungswege und zahllosen Variationen der Art und Weise der Uebertragung des syphilitischen Contagiums hin. Er betont, auch mit Recht, dass Ansteckungen im Bereiche des Mundes, die ja am häufigsten vorkommen, nicht, wie vielfach behauptet worden ist, auf perversen sexuellen Verkehr zurückzuführen sind, sondern auf „Unglücksfälle" und lediglich durch die Verhältnisse des geselligen Verkehrs bedingt sind. Innerhalb 10 Jahren von 1878 bis 1887 hatte Pospelow als Chefarzt des Mjassnitzky'schen Krankenhauses zu Moskau Gelegenheit, 198 Fälle von extragenitaler Syphilisinfection zu beobachten und berechnet er darnach, dass jährlich 15—25% aus der Arbeiterclasse unschuldig syphilitisch inficirt werden. Am Schlusse seiner Abhandlung gibt Pospelow ein ausführliches Verzeichniss der in der Literatur mitgetheilten Fälle von extragenitaler Syphilisinfection, welches bis zum Anfang des Jahres 1889 reicht. Im verflossenen Jahre haben sich jedoch die Mittheilungen über die aussergeschlechtliche Weiterverbreitung der Syphilis so gehäuft, dass es wohl gerechtfertigt erscheint, eine Zusammenstellung dieser neu beobachteten Fälle zu geben. Deshalb lasse ich dieselben zur Vervollständigung der Literaturangaben Pospelow's am Schlusse in gedrängter Kürze folgen und

möchte an dieser Stelle nur noch kurz auf einige statistische Zahlen eingehen, welche die relative Häufigkeit der extragenitalen Infection beweisen und welche uns ein erschreckendes Bild geben von der colossalen Verbreitung, die die nicht erkannte und nicht behandelte Syphilis gerade auf nicht geschlechtlichem Wege zuweilen gefunden hat.

Wie schon oben angedeutet, liegen die meisten Berichte hierüber aus Frankreich und Russland vor und glaubt Neumann [1]), dass für letzteres Land dies darin seinen Grund hat, dass die Leute daselbst unter schlechten sanitären Verhältnissen und in Masse zusammen wohnen, Nivet [2]) konnte in seiner Inaugural-Dissertation 595 Fälle extragenitaler Schanker zusammenstellen, die theils aus dem St. Louis Hospital in Paris, theils aus den Privataufzeichnungen Fournier's herrühren. Die meisten Schanker sassen im Bereiche des Kopfes. — In seiner Privatpraxis hatte Fournier [3]) Gelegenheit 887 Syphilisinfectionen bei Frauen zu beobachten, von denen 842 sexuell und darunter 220 von den Ehegatten inficirt wurden. In 42 Fällen war extragenitale Ansteckung zu constatiren (hievon 7 hereditär). — Im Anschlusse an diese beiden Mittheilungen gibt Morel-Lavallée [4]) als Ergänzung hierzu die neuerdings in der Klinik von Fournier beobachteten Fälle an (vom 1. Februar 1887 bis 1. Februar 1888), deren Zahl 45 beträgt. — Nach einer anderen Statistik von Jullien [5]) und Fournier wird die Zahl der extragenitalen Schanker auf 5—6% bei Männern und 25—26% bei Weibern geschätzt.

Viel interessanter lauten die statistischen Angaben aus Russland. In den Städten ist der Procentsatz allerdings meist ein niedriger. Petersen [6]) beobachtete am Alexanderhospital in St. Petersburg in 7 Jahren (1878—1884) unter 1208 Männern mit frischer Syphilis nur 23mal eine extragenitale Localisation des Primäraffectes, also 1·9%. Prof. Gay [7]) in Kasan gibt in seinem Handbuche an, dass in Russland die Procentzahl der extragenitalen Infectionen 8·9% betrage und in der folgenden Ausgabe seines Handbuches vom Jahre 1888 schätzt er diese extragenitale Infection auf 3·8% bei Männern und 18·9% bei Frauen. Bogolubow [8]) erwähnt in einem Bericht aus dem Kronstädter Marinehospital, dass er unter 753 Syphilitikern nur in 4 Fällen

---

[1]) Gesellschaft der Aerzte in Wien, 17. Jänner 1890. Wiener med. Wochenschr. 1890, Nr. 4.

[2]) Thèse de Paris 1887. Ref. Arch. f. Derm. 1888, S. 449.

[3]) Document statistique sur les sources de la syphilis chez la femme 1887. Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 240.

[4]) Ann. de derm. et de syph. 1888, 6.

[5]) Tillmann's Lehrbuch der allgem. Chirurgie, Leipzig 1888.

[6]) Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, S. 307.

[7]) Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 240.

[8]) Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 237. Med. Beilagen zum Marine-Journal 1885.

(= 0·5%) eine extragenitale Infection beobachtete. Nach Grödinger[1]) kamen im Hospital Alexandershöhe zu Riga auf 231 Kranke nur 3 Fälle (= 1·3%) von aussergeschlechtlich erworbener Syphilis. Sperck[2]) dagegen constatirte im Kalinkinhospital in St. Petersburg bei syphilitischen Frauen 24·3% extragenitale Infection. Kobylin[3]) sah in der Ambulanz des Kalinkinhospitales im Jahre 1880 unter 77 syphilitischen Frauen 6 Brustschanker und Plitanus[4]) in der Ambulanz der Kreuzeserhöhungsschwesterschaft in den Jahren 1870—1873 13 Brustschanker. Tschistiakow[5]) gibt die Zahl der jährlich im Kalinkinhospitale zur Beobachtung gelangenden Brustschanker auf 10—15 an. Im Ganzen konnte er auf dem Congresse russischer Aerzte zu St. Petersburg 1886 über 100 Fälle von extragenitalem Sitze der Initialsklerose aus der Privatpraxis von Tarnowsky berichten. Pospelow berechnet, wie schon oben erwähnt, als Chefarzt des Mjassnitzky'schen Krankenhauses die Procentzahl der extragenital Inficirten in Moskau auf 15—25%, während in der Stadt Ssamara innerhalb 10 Jahren nach Wirpscha[6]) auf 5147 Fälle von Syphilisinfection 249 extragenitale kommen, also 4·46%, und zwar 0·87% Männer, 1·77% Frauen und 1·77% Kinder. Ganz anders, ja erschreckend und ungeheuerlich klingen die Nachrichten aus den Dörfern Russlands. Jelzina[7]) schliesst aus seinen Beobachtungen unter der Bevölkerung des Krapiwin'schen Kreises (Gouvernement Tula), dass eine Weiterverbreitung der Syphilis dort vorzugsweise extra coitum stattfinde, da er unter 55 syphilitischen Frauen nur 2 per coitum und von den übrigen 2 hereditär, 2 in Folge des Stillens und 45 in Folge des Zusammenlebens inficirt sah. Kapustin[8]), der als Opfer der extragenitalen Infection meist Kinder befallen sah, constatirte zwar nur 23%, während Glasunowsky[9]) aus seinen Beobachtungen im Semljank'schen Kreise (Gouvernement Woronesch) folgert, dass die Syphilis zur Hälfte per coitum und zur Hälfte auf extragenitalem Wege weiterverbreitet werde. Petersen[10]), der in St. Petersburg, wie oben erwähnt, nur 1·9% extragenitale Schanker constatiren konnte, gibt die Zahl derselben für die Landbevölkerung, unter welchen hauptsächlich die Kinder ergriffen werden, auf 75% an. Beloussow[11]) berechnet die extragenitale luetische Infection im Gouvernement Rjassan auf 74%, da unter

[1]) Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, S. 309.

[2]) Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, S. 309.

[3]) Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, S. 309.

[4]) Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, S. 310.

[5]) Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1886, S. 470.

[6]) Ueber die Syphilis in Ssamara 1888. Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 255.

[7]) Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 242 (bei Pospelow).

[8]) Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 243 (bei Pospelow).

[9]) Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 240 (bei Pospelow).

[10]) l. c.

[11]) Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 236 (bei Pospelow).

2765 Patienten nur in 26% eine Infection per coitum angegeben wurde. Im Odoew'schen Kreise stellte sich nach Angabe Beloussow's diese Zahl noch höher, nämlich auf 88% (bei einer Zahl von 334 Patienten). Ssabinin[1]) theilt mit, dass nach Angabe der Aerzte des Gouvernement Woronesch von 865 Syphilitikern 201 per coitum, 219 hereditär und 445 in Folge des Zusammenlebens syphilitisch inficirt wurden. Die extragenitale Infection beträgt also 76·7%. Die höchsten Procentzahlen, die geradezu unglaublich klingen, finden wir in einem Berichte Popow's.[2]) Derselbe gibt in seiner Mittheilung „Erster Versuch einer Erforschung über die Verbreitung der Syphilis im Kursk'schen Kreise nach dem Kartensystem für das Jahr 1888" die extragenitale Infection im Gouvernement Kursk auf 85% an, welche Zahl für das Gouvernement Wladimir sogar auf 91·3% steigt.

Die Berichte aus anderen Ländern sind nur spärlich. Bergh[3]) in Kopenhagen sah im Jahre 1872 im Hospital unter 145 syphilitischen Prostituirten nur einen Schanker der Oberlippe und 5 von perigenitaler Localisation. In den Jahren 1873—1886 kamen ihm unter 286 recenten Fällen nur 4 extragenitale Schanker zu Gesicht. Mraček[4]) constatirte in Sigmund's Klinik in Wien bei Männern nur 1% und bei Weibern 14% Extragenital-Infection. Nach den Berichten von van Dugteren[5]) und van Walsem wurden in der unter Leitung von van Haren Noman stehenden Klinik in Amsterdam in den Jahren 1886 und 1887 im Ganzen 1026 Männer, 367 Frauen und 92 Kinder wegen venerischer Leiden überhaupt behandelt und darunter nur 25 Fälle von extragenital erworbener Lues = 10%, und zwar bei Männern 4% und bei Weibern circa 15%.

In unserer Klinik kamen vom 1. April 1888 bis 1. April 1889 unter 1834 Patienten 178 Fälle von Syphilis zur Behandlung, wovon 10 latente, 16 tertiäre, 16 hereditäre und 21 Fälle Syphilisrecidive waren, so dass für recente Syphilis noch 115 Fälle übrig bleiben. Unter diesen findet sich kein einziger Schanker von extragenitaler Localisation. Wohl sind mehrere Fälle notirt, in denen eine Infection per coitum stricte geleugnet wurde, der objective Befund (besondere Berücksichtigung der Drüsenschwellungen) auch für eine nichtgeschlechtliche Ansteckung sprach, nichtsdestoweniger eine Narbe oder sonstige Residuen eines extragenitalen Primär-

---

[1]) Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 252 (bei Pospelow).

[2]) Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 249 (bei Pospelow).

[3]) Monatsh. f. prakt. Derm. 1888.

[4]) Tillmann's Lehrbuch der allgem. Chirurgie, Leipzig 1888 (Wiener med. Presse 1880).

[5]) Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 847.

affectes nicht aufgefunden werden konnten. Hierher gehören namentlich zwei Brüder im Alter von 7 und 8 Jahren, die der Poliklinik zugeführt wurden und beide nachweislich syphilitisch waren, und besonders an Plaques an den Mundwinkeln litten. Die Infection sollte angeblich durch eine syphilitische Magd geschehen sein, über den Primäraffect liess sich jedoch nichts eruiren. — In letztem Jahre stellten sich vom 1. April 1889 bis 1. April 1890 unter 2279 Patienten 215 Syphiliskranke vor, und zwar 120 mit recenter, 24 mit latenter, 33 mit recidivirender, 18 mit hereditärer und 20 mit tertiärer Syphilis, und unter diesen 120 frischen Fällen war zehnmal ein extragenitaler und einmal ein perigenitaler Primäraffect zu constatiren. Diese 11 extragenitalen Initialsklerosen vertheilen sich auf drei Männer und acht Weiber, wodurch auch wiederum die Erfahrung bestätigt wird, dass Weiber viel häufiger extragenital luetisch inficirt werden, als Männer, was darauf zurückzuführen ist, dass die Weiber durch ihre sociale Stellung (namentlich die Dienstboten und Ammen): durch die Wartung und Pflege der Kinder und den intimen Verkehr mit denselben viel mehr der Gefahr einer aussergeschlechtlichen Ansteckung ausgesetzt sind.

Ich lasse nun die Krankengeschichten der bei uns im verflossenen Jahre beobachteten Fälle, deren Veröffentlichung mir Herr Geheimrath Doutrelepont bereitwilligst gestattet hat, folgen und sage ihm an dieser Stelle meinen besten Dank.

I. Henriette Str., verwitwete Hebamme, 50 Jahre alt, wurde am 25. Mai 1889 in die Klinik aufgenommen. Patientin ist bisher nie venerisch inficirt gewesen und hat 5 gesunde Kinder. Sie gibt an, sich wahrscheinlich vor 5 Monaten bei einer Geburt inficirt zu haben; sie habe sich damals an einer Kante am rechten Zeigefinger gestossen, die kleine Wunde weiter nicht beachtet und sei ruhig ihrem Geschäfte nachgegangen. Ob irgend eine von den Kreissenden, welche sie damals entbunden hat, syphilitisch gewesen ist, weiss sie nicht anzugeben. Die kleine Wunde verhärtete sich nach ihrer Angabe und wollte nicht verheilen, sie bedeckte sich mit einem Schorfe, brach dann aber immer wieder von Neuem auf. Dies dauerte mehrere Wochen lang und schliesslich schloss sich die Wunde, liess jedoch eine Verhärtung zurück. Vor etwa 14 Tagen hatte Patientin dann zuerst Flecken und Papeln in der Gegend der Genitalien bemerkt, was sie bewog, einen Arzt zu consultiren, der sie sofort unserer Klinik zusandte.

Status praesens. Patientin zeigt gesundes Aussehen und ist sehr fettleibig. Gewicht 182 Pfund. Grösse 160 Ctm. An der Streckseite des rechten Zeigefingers findet sich über dem ersten Interphalangealgelenk eine mässig

infiltrirte, leicht erhabene, narbige Stelle von bläulich-rother Farbe in einer Ausdehnung von 1 1/2 Ctm. Länge. Die Bewegung des ersten Interphalangealgelenkes ist durch dieselbe in leichtem Grade eingeschränkt. Inguinal-, Cervical-, Submaxillar-, Cubital- und Axillardrüsen sind sämmtlich multipel indolent geschwollen. Ob die rechtsseitigen Cubital- und Axillardrüsen stärker geschwollen sind als links, lässt sich wegen des starken Fettpolsters nicht entscheiden. In der Umgebung der Vulva, des Anus und in den Inguinalfalten zahlreiche kleine und grössere, theils nässende Papeln. Auf Brust, Armen und Beinen kleinfleckige Roseola. Psoriasis palmaris et plantaris. Pharynx geröthet, auf dem rechten Arcuspalato-glossus einige Schleimhautpapeln. — Nach dem vorliegenden Bilde müssen wir unzweifelhaft als Eingangspforte des syphilitischen Giftes die kleine Wunde am rechten Zeigefinger ansehen und ist es ziemlich wahrscheinlich, dass Patientin sich in ihrem Berufe als Hebamme bei einer Geburt, respective bei Untersuchung einer Schwangeren inficirt hat, worauf besonders der Umstand noch hinweist, dass die Induration sich hier am rechten Zeigefinger (Patientin ist rechtshändig) vorfindet. — Die Therapie bestand in Injectionen von Hydrargyrum salicylicum, intramusculär in die Nates applicirt, jeden vierten Tag von einer 10procentigen Suspension in Paraffinum liquidum drei Theilstriche einer 2·0haltigen Spritze, also 0·06 Hydrargyrum salicylicum. Die indurirte Narbe wurde excidirt, die Wunde durch drei Nähte geschlossen und heilte per primam. Bei der Entlassung am 10. Juli 1889 hatte Patientin im Ganzen 13 Injectionen erhalten, also 0·78 Hydrargyrum salicylicum, in Folge dessen sämmtliche manifeste Symptome bis auf einzelne hyperämische Stellen in den Inguinalfalten geschwunden waren. Patientin wurde zur Weiterbehandlung an ihren Arzt gesandt, mit der Weisung, vorab noch 50 Pillen von Hydrarg. jodat. flav. zu nehmen, und zwar dreimal täglich eine Pille à 0·05.

Die excidirte Induration wurde in absolutem Alkohol gehärtet, später entwässert und dann von derselben nach der Gefriermethode möglichst feine Schnitte angefertigt. Da ich nun früher Schnitte einer 14 Tage alten ulcerirten Sklerose des Präputiums mit positivem Erfolge auf die von Lustgarten und Doutrelepont beschriebenen Bacillen bei Syphilis untersucht hatte, so lag es nahe, auch diese Schnitte von einer Induration des Fingers auf Bacillen zu untersuchen, da einmal die früher hier bestandene Wunde schon einige Zeit völlig vernarbt war, so dass eine Einwanderung von aussen ausgeschlossen werden konnte, andererseits eine Verwechslung mit Smegmabacillen fortfiel. Als Färbemethode wandte ich die von Doutrelepont angegebene an: Färbung während 48 Stunden in Thymol (1°/₀₀)-Methylviolett-

6 B-Lösung, Abspülen in Aq. destill., Liq. ferr. sesquichlor., Alcoh. absol., Nelkenöl, Tereben, Xylol und Einbettung in Xylolcanadabalsam. Bei meinen ersten Untersuchungen des Ulcus indurat. praeputii (etwa 15—20 Schnitte) konnte ich in 2 Schnitten Gruppen von 5—6 Bacillen und ausserdem zahlreiche, etwa 20 vereinzelt im Gewebe liegend, die meisten deutlich in Zellen eingeschlossen, nachweisen. In den übrigen Schnitten waren die Bacillen seltener, in wenigen fanden sich gar keine, in anderen 1—3—4 Bacillen. In vielen Bacillen liess sich eine deutliche Sporenbildung erkennen. indem dunkelgefärbte, mit farblosen Stellen abwechselten. In dem ersten von mir untersuchten Schnitte von der Induration des Fingers fand ich in einem Gesichtsfeld etwa 10 Bacillen, unter welchen ebenfalls mehrere mit deutlicher Sporenbildung vorhanden waren. In den übrigen Schnitten fand ich nur wenige, je 1 bis 4 Bacillen, theils ebenfalls in Zellen eingeschlossen. In einigen Schnitten konnte ich keine Bacillen auffinden, da dieselben nicht fein genug geschnitten waren und die Durchsicht der Präparate deshalb zu schwierig wurde.

II. Anna L., 23 Jahre alt, Dienstmädchen aus Mahlberg, wurde am 26. Mai 1889 in die Klinik aufgenommen. Sie gibt an, am 1. März am Fastnachtsdienstag von einem ihr unbekannten Manne geküsst worden zu sein und von dieser Zeit an eine kleine Rhagade in der Unterlippe, die nicht heilen wollte, bemerkt zu haben. Allmälig habe sich an der betreffenden Stelle ein kleines Knötchen gebildet, welches häufig leicht geblutet habe.

Status praesens. Patientin ist kräftig gebaut und gut entwickelt. Gewicht 113 Pfund, Grösse 161 Ctm. In der Unterlippe findet sich, genau in der Medianlinie, eine haselnussgrosse Induration, die mit einer leichten Borke von röthlichbrauner Farbe bedeckt ist, nach deren Entfernung die Oberfläche leicht exulcerirt erscheint und leicht blutet. Sämmtliche Lymphdrüsen sind in geringem Masse geschwollen, die Submentaldrüsen jedoch stärker. Ueber den ganzen Stamm und die Extremitäten hin findet sich eine sehr reichliche Roseola ausgebreitet. An der Innenseite der grossen Labien und in der Analfalte mehrere breite Condylome. Auf der Schleimhaut der Wangen und der Unterlippe, sowie an den Seitenrändern der Zunge zahlreiche Plaques muqueuses. Handteller und Fusssohlen sind frei. Die eingeleitete Therapie bestand in Injectionen von Hydrarg. salicyl. nach der bei uns gebräuchlichen Methode wie in Fall I. Die Induration in der Unterlippe wurde mit grauem Quecksilberpflaster bedeckt. Die syphilitischen Erscheinungen schwanden schon nach wenigen Injectionen und bei der Entlassung am 25. Juni, die

nach 9 Injectionen wegen Geldmangel erfolgen musste, war von der Induration kaum noch etwas zu sehen oder zu fühlen, und an Stelle der früheren Condylome an der Vulva waren nur noch leichte Röthungen vorhanden.

III. Louise M., 19 Jahre alt, aus Bonn, liess sich am 1. Juni 1889 in hiesiger Klinik aufnehmen. Gewicht 133 Pfund, Grösse 159 Ctm., sehr anämisch. Sie ist zum ersten Male gravid, und zwar im siebenten Monat. Vor 6 Wochen übte sie zum letzten Male Coitus aus, der jedoch nicht infectiös gewesen sein soll. Die Infection will sie sich vor 4 Wochen durch Schlafen im Bette einer „kranken" Frau zugezogen haben und habe sie vor vierzehn Tagen zuerst Wundsein und Geschwüre an den Genitalien bemerkt.

Status praesens. Am rechten Oberschenkel findet sich an der Innenseite, der Genito-cruralfalte parallel laufend und etwa 3 Ctm. von ihr entfernt, ein etwa 12 Ctm. langes und 2 Ctm. breites Geschwür mit leicht erhabenen Rändern und schmierig belegtem Grunde, welches sich nur wenig infiltrirt anfühlt. Mehrere kleine oberflächliche Ulcera sind am Mons Veneris, an den kleinen Labien und an der hintern Commissur vorhanden. Starker Fluor albus. Nur die Inguinaldrüsen sind beiderseits leicht geschwollen. Exantheme oder Plaques in der Mundhöhle sind nicht vorhanden. Demnach lautete die Diagnose auf Ulcus gangraenosum s. phagedaenicum. Unter Jodoform und Sublimatverbänden reinigte sich das Ulcus und schien schnell zu vernarben. Am 20. Juni war das Ulcus mit einer Epitheldecke überzogen, die ganze Partie jedoch erhaben und das Gewebe eigenthümlich weich, so dass man mit dem Lapisstift leicht eindringen konnte. Am 26. Juni begann das anscheinend vernarbte Ulcus an mehreren Punkten zu zerfallen und da man mit der Sonde überall in das morsche Gewebe leicht eindrang, so wurde dasselbe mit dem scharfen Löffel gänzlich entfernt. Die Basis und Umgebung des Geschwüres war zur Zeit derber und fester infiltrirt geworden, so dass die Annahme, dass wir es hier neben dem phagedänischen Schanker noch mit einem syphilitischen Primäraffecte zu thun hatten, immer mehr an Wahrscheinlichkeit gewann. Die Inguinaldrüsen waren stärker geschwollen und indolent geblieben. Acht Tage später am 4. Juli traten die ersten Secundärsymptome auf. Auf beiden Tonsillen fanden sich in ziemlicher Ausdehnung Plaques muqueuses, die Cervical- und Submaxillardrüsen waren in geringem Grade multipel geschwollen, die Inguinaldrüsen hatten an Grösse noch zugenommen. An der Innenseite der kleinen Labien und auf den grossen Labien waren beginnende condylomatöse Wucherungen zu bemerken. Es wurde nun sofort mit Injectionen von Hydrarg. salicyl. begonnen, die namentlich auf die schnelle Vernarbung des Ulcus am Oberschenkel den günstigsten Einfluss zeigten. Am 19. August musste Patientin, nachdem sie 12 Injectionen erhalten hatte, wegen eingetretener Geburtswehen zur geburtshilflichen Klinik transferirt werden. Das phagedänische Ulcus am Oberschenkel war vollständig verheilt, hatte jedoch eine stark hyperämische

und noch ziemlich infiltrirte Narbe zurückgelassen; alle sonstigen luetischen Symptome waren geschwunden. — Patientin zeigte sich erst wieder am 14. September in der Poliklinik und war damals recidivfrei. Die Narbe am Oberschenkel war noch rothbräunlich und derb. Das Kind war gleich nach der Geburt gestorben, äusserlich sichtbare Erscheinungen von Syphilis sollen nach in der Geburtsklinik eingezogenen Erkundigungen nicht vorhanden gewesen sein. — Bald darauf, am 8. October, wurde Patientin durch ein Recidiv veranlasst, sich nochmals in der Poliklinik vorzustellen. Es fanden sich jetzt am rechten Labium maius und auf den Nates mehrere Papeln und desgleichen einige an den Augenlidern und in der Labiomentalfalte, die über linsengross waren und leicht schuppten. Die Patientin wurde deshalb aufgefordert, sich wiederum in die Klinik aufnehmen zu lassen, wurde jedoch nicht wiedergesehen.

IV. Katharine M., 24jährige Schneiderin aus Worringen, wurde am 5. Juli 1889 in die Klinik aufgenommen. Gewicht 103 Pfund, Grösse 154 Ctm. Sie gibt an, wahrscheinlich vor etwa drei Monaten durch Küsse inficirt worden zu sein.

Status praesens. In der Substanz der Oberlippe findet sich in der Medianlinie ein etwa haselnussgrosser, derber Knoten, der an der Oberfläche leicht exulcerirt ist. Die Submaxillardrüsen sind besonders stark multipel geschwollen, nur in geringem Grade dagegen die übrigen tastbaren Lymphdrüsen des Körpers. Ueber den ganzen Körper verbreitet besteht ein maculopapulöses Syphilid, die Genitalien sind fast vollkommen frei, nur am rechten Labium minus findet sich eine nässende Papel. Auf der linken Tonsille sind Plaques vorhanden. — In Folge der Injectionen von Hydrarg. salicyl. schwanden die Symptome sehr bald. Patientin wurde nach 11 Injectionen mit Verordnung von Jodkali symptomenfrei entlassen. Eine Infiltration an der Stelle des Primäraffectes war nicht mehr zu fühlen, nur war dieselbe noch durch eine etwas bläuliche Verfärbung der Schleimhaut wahrzunehmen.

V. Lena L., 21 Jahre alt, aus Andernach, wurde am 17. Juni 1889 in die Klinik aufgenommen. Gewicht 113 Pfund, Grösse 162 Ctm. Seit 4 Wochen angeblich leidet sie an einem Knötchen in der Unterlippe, welches allmälig grösser geworden ist und nicht verschwinden will.

Status praesens. Rechts von der Medianlinie befindet sich in der Unterlippe eine gut bohnengrosse Induration, die an der Oberfläche exulcerirt und mit dünner, braunrother Borke bedeckt ist. Sämmtliche Lymphdrüsen sind indolent geschwollen, die Submaxillardrüsen rechterseits jedoch ganz besonders stark. Ueber den ganzen Körper ist eine kleinfleckige Roseola ausgebreitet, an den Labien und am Anus finden sich einige Papeln. Die Schleimhaut des Mundes und des Rachens ist nicht erkrankt. Auf Befragen gibt Patientin an, seit längerer Zeit ein Verhältniss mit einem Unterofficier gehabt zu haben, der sie oft geküsst habe. Ob der „Bräutigam" an „wunden Lippen" gelitten hat, weiss Patientin nicht anzugeben. — Nach neun

Injectionen wurde sie symptomenfrei zur weiteren poliklinischen Behandlung entlassen, hat sich jedoch nie wieder gezeigt. Auch hier bestand bei der Entlassung an Stelle des Schankers nur noch eine bläuliche Verfärbung der Schleimhaut, während jegliche Härte geschwunden war.

VI. Ursula W., 25 Jahre alt, aus Nippes, stellte sich am 23. Juni 1889 mit ihrem Ehemanne in der Poliklinik vor. Letzterer inficirte sich als Soldat im Jahre 1888 luetisch und machte eine Schmiercur im Garnisonslazareth durch. Da er nach seiner Entlassung völlig gesund zu sein glaubte, heiratete er seine jetzige Frau vor circa 5 Monaten. 4 Wochen nach der Verheiratung entstand bei der Frau ein Geschwür an der Oberlippe, welches allmälig um sich griff. Die Oberlippe schwoll ausserdem immer mehr an und wurde derb und fest.

Status praesens bei der Aufnahme in die Klinik am 29. Juni. Patientin ist sehr anämisch, von gracilem Bau und schlecht genährt. Gewicht 84 Pfund, Grösse 154 Ctm. Die Oberlippe ist vom linken Mundwinkel an bis etwas über die Medianfurche hinaus von einem 1 Ctm. breiten Geschwüre eingenommen, dessen Ränder unregelmässig gezackt, gering erhaben, infiltrirt und geröthet sind. Der Grund des Geschwüres ist ebenfalls fest infiltrirt und mit missfarbigen, dünnflüssigen Eiter secernirenden Granulationen bedeckt. In gleicher Weise ist die Umgebung des Geschwüres derb infiltrirt, wodurch die Lippe vorgewulstet und entenschnabelartig ectropionirt wird. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose, „extragenitaler Schanker", wurde durch die weitere Untersuchung bestätigt. Und zwar handelte es sich hier um einen ganz schwer verlaufenden Fall von Syphilis. Denn neben gewöhnlichen Secundärsymptomen, wie Papeln und Pusteln auf der Stirne, papulo-ulceröses Exanthem auf Rücken, Brust, Bauch und Oberschenkeln, fanden sich auch noch Erscheinungen, wie wir sie sonst nur in der Tertiärperiode finden, nämlich mehrere tiefe kreisrunde Geschwüre mit scharfen Rändern und schmierig belegtem Grunde auf dem behaarten Kopfe, die jedoch noch nicht bis zum Knochen reichten und in der Grösse eines Fünfpfennigstückes bis zu der eines Thalers variirten. Sämmtliche Lymphdrüsen waren multipel indolent geschwollen. Im Pharynx waren keine Erscheinungen vorhanden, ebenso waren die Genitalien vollkommen frei. Die Infectionsquelle war durch die Anamnese und Untersuchung des Ehemannes schnell gefunden. Obschon derselbe sich völlig gesund wähnte und gar keine Beschwerden im Halse hatte, fanden sich beide Tonsillen und die Gaumenbögen mit dicken, graulichen Schleimhautplaques bedeckt. Sonstige Symptome waren nicht vorhanden. Der Primäraffect der Lippe und die Ulcera des Kopfes wurden zuerst mit Sublimatumschlägen 1‰, später mit Auflegen von Emplastr. Hydrarg. behandelt. Die Allgemeinbehandlung bestand wiederum in Injectionen von Hydrarg. salicyl. Im Verlaufe der Behandlung traten Temperatursteigerungen bis über 39° C. ein, die mit abendlichen Exacerbationen und morgendlichen Remissionen eine Woche lang anhielten. Vom 7. Juli ab

wurde Jodkali in 5% Lösung, 2 Esslöffel täglich verordnet, da das Exanthem des Körpers und vor Allem die Ulcera auf dem Kopfe nicht abheilen wollten. Der weitere Heilungsprocess wurde dann fernerhin noch durch eine ausgebrochene Stomatitis, in Folge dessen die Injectionen zeitweise ausgesetzt wurden, respective nur in grösseren Zwischenräumen applicirt werden konnten, verzögert. Patientin fühlte sich immer sehr elend und angegriffen, klagte sehr viel über Kopfschmerzen, besonders Nachts, die ihr den Schlaf raubten, war überhaupt durch ihre Krankheit sehr heruntergekommen. Der Lippenschanker wurde durch die eingeleitete Behandlung jedoch gleich von Anfang an in seiner Heilung günstig beeinflusst, er wurde bald weicher und kleiner und war dann nach 2 Monaten mit eingezogener, unregelmässiger Narbe verheilt. Bei der Entlassung am 29. August waren alle Ulcera verheilt, überhaupt sämmtliche luetischen Symptome geschwunden. In der Lippe war ein geringer Substanzverlust zurückgeblieben, so dass bei geschlossenen Lippen noch eine erbsengrosse Oeffnung vorhanden war. Patientin hatte im Ganzen nur 6 Injectionen von Hydrarg. salicyl. erhalten, nebenbei jedoch vom 7. Juli an Anfangs 2, später 3 Esslöffel einer 5% Jodkalilösung genommen.

Im vorliegenden Falle hatte es sich um eine „Syphilis maligna" gehandelt und verweise ich betreffs genauerer Beschreibung des Falles auf eine in unserer Klinik erschienene Inaugural-Dissertation von F. Iven (5. März 1890) über „Syphilis maligna". Meiner Meinung nach ist es für den Verlauf der Syphilis völlig gleichgiltig, ob der primäre Schanker genital oder extragenital sitzt. Schwerere Allgemeinerscheinungen und ulceröse Processe, wie sie meist dem tertiären Stadium zukommen, sind mehr durch schon bestehende Constitutionsanomalien (Scrophulose, schlechte Lebensverhältnisse) hervorgerufen oder auch durch eine verspätete Behandlung, welch letzteres Moment ja leider bei einer aussergewöhnlichen Localisation des Primäraffectes immer zutrifft, da die Syphilis erst dann als solche erkannt wird, wenn der Organismus durch dieselbe schon ernstere Störungen erfahren hat. Anders verhält es sich mit der Frage, ob die Syphilis maligna nicht häufig im Anschlusse an phagedänische Schanker auftrete. Fournier ist der Ansicht, dass fast immer auf stark zerfallende Schanker auch eine schwere Syphilis zu folgen pflege und scheint der vorliegende Fall wiederum ein Beweis hiefür zu sein. Auch von anderen Seiten [1]) sind derartige Beobachtungen gemacht worden,

[1]) Cf. Iven. Inaug.-Diss. Bonn 1890.

wiewohl man andererseits schwere Syphilis zu sehen Gelegenheit hatte, wo vorher von einem phagedänischen Schanker keine Spur vorhanden gewesen war.

VII. Julie L., 28 Jahre alt, aus Königswinter, stellte sich am 24. Juni in der Poliklinik vor mit einem Geschwüre der Oberlippe. Sie ist seit 5 Jahren von ihrem Manne geschieden und leugnet jede Infectionsgelegenheit. Bisher war sie stets gesund und hat vor 8 Jahren ein gesundes Kind geboren. Seit 4 Wochen bemerkte sie an der Oberlippe ein Knötchen, welches sich allmälig vergrösserte und schliesslich wund wurde.

Status praesens. Es findet sich jetzt in der Oberlippe an der Schleimhaut eine bohnengrosse Induration mit dünner, braunrother Kruste, bedeckt, die der Unterlage ziemlich fest anhaftet. Die Submaxillardrüsen sind beiderseits multipel bis Haselnussgrösse geschwollen, nicht schmerzhaft. Irgend welche Secundärsymptome waren nicht aufzufinden. Unter poliklinischer Behandlüng (local Unna'sches Hg-Pflaster, innerlich Jodkali) ging die Induration zurück und war schon ganz weich geworden, als am 15. Juli die ersten Secundärsymptome auftraten. Es erfolgte deshalb am 22. Juli die Aufnahme in die Klinik. — Status praesens. Patientin ist kräftig gebaut und gut genährt, Gewicht 129 Pfund, Grösse 159 Ctm. Die Stelle der Induration ist noch wenig erhaben und die Schleimhaut etwas stärker geröthet, Infiltration jedoch kaum noch zu fühlen. Submaxillardrüsen stark, die übrigen Lymphdrüsen nur wenig geschwollen. Auf Brust und Armen kleinfleckige Roseola, an den Labien und am Anus einige, nicht ulcerirte breite Papeln. Auf Tonsillen und weichem Gaumen Plaques muqueuses. — Nach 4 Injectionen von Hydrarg. salicyl. à 0·06 waren alle Symptome bereits geschwunden, so dass Patientin zur weiteren poliklinischen Behandlung entlassen werden konnte. Von der Induration war keine Spur mehr wahrzunehmen, ein Beweis dafür, wie schwer es in vernachlässigten Fällen ist, nachträglich die Eingangspforte des syphilitischen Virus zu constatiren. Patientin erhielt im Ganzen 12 Injectionen und wurde mit Verordnung von Jodkali geheilt aus der Behandlung entlassen.

VIII. Louis M., 27 Jahre alt, Schuhmachermeister aus Ems, liess sich am 3. September in die Klinik aufnehmen. Er ist verheiratet und leugnet jegliche geschlechtliche Infection. Vor 2 Jahren litt er an einem Ulcus der Unterlippe und syphilitischen Secundärsymptomen, weshalb er zweimal eine Schmiercur durchmachte und später Jodpillen nahm. Seine Frau und Kinder sollen angeblich völlig gesund sein. Seit 1 Monat leidet er an Ausschlag an den Beinen und Schluckbeschwerden. — Status praesens. An der Unterlippe, etwas links von der Mitte fühlt man eine noch leicht infiltrirte Stelle, beim Anspannen der Lippe ist daselbst eine unregelmässige, strahlige, anämische Narbe sichtbar. An beiden Beinen und auf den Nates dunkelbraunrothe, unregelmässig gestaltete, schuppende Flecken. Am Kinn und

Unterlippe ebenfalls mehrere, leicht erhabene, schuppende Flecken von brauner Farbe. Die Drüsen sind sämmtlich multipel indurirt. Auf der Schleimhaut der Unterlippe und auf den Tonsillen stark entwickelte Schleimhautpapeln. Am Penis keine Narbe oder sonstige Residuen einer etwa hier vorhanden gewesenen Induration aufzufinden. — Sämmtliche Flecken wurden mit Quecksilberpflaster bedeckt und nach 5 Injectionen von Hydrarg. salicyl. à 0·06 konnte bereits die Entlassung zur poliklinischen Behandlung erfolgen. Nach 12 Injectionen waren am rechten Unterschenkel nur noch einige dunkelgelbe Pigmentirungen vorhanden. Bis heute ist kein Recidiv aufgetreten.

IX. Elise E., 21 Jahre alt, Ladenmädchen aus Uckerath, wurde am 11. September in die Klinik aufgenommen. Sie gibt an, seit 8 Wochen an Schmerzen im Halse zu leiden, die sich besonders beim Schlucken einstellten. Die Untersuchung ergibt, dass die linke Tonsille vollständig zerfallen und in ein kraterförmiges Geschwür mit speckigem Belage und steilen Rändern verwandelt ist. Auf der rechten Tonsille finden sich einige grauliche Beläge. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „Tonsillenschanker" wurde bestätigt durch das Auffinden der Secundaria. Auf beiden Unterextremitäten reichliches maculo-papulöses Exanthem, Papeln und Pusteln auf der Brust, leicht schuppende Papeln am linken Nasenflügel und in beiden Nasolabialfalten, Psoriasis palmaris et plantaris. Genitalien völlig frei. Sämmtliche Drüsen multipel geschwollen, besonders stark die linksseitigen Submaxillardrüsen. Die Infectionsquelle liess sich nicht eruiren. — Nach 2 Injectionen wurde Patientin, während sich das Ulcus der linken Tonsille schon zu reinigen begann, auf ihren Wunsch entlassen, um sich anderwärts weiter behandeln zu lassen.

X. Theodor W., 34 Jahre alt, Fabrikant aus Reichenbach, litt seit circa 2 Monaten an einer Affection der Unterlippe. Bei seiner Vorstellung in der Poliklinik am 13. September war in der Unterlippe, genau in der Mitte, eine derbe, infiltrirte, erbsengrosse Stelle zu constatiren, über welcher die Schleimhaut eigenthümlich kirschroth, jedoch nicht erodirt war. Die Submentaldrüsen waren ziemlich stark indolent geschwollen, sonst am ganzen Körper jedoch nirgendwo irgend welche Efflorescenzen vorhanden. Dem ganzen Aussehen nach war es jedoch nicht zweifelhaft, dass wir es hier mit einer Lippeninduration zu thun hatten. Auf welche Weise die Infection stattgefunden hatte, liess sich nicht feststellen. Leider konnte Patient sich seiner Geschäfte wegen nicht in die Klinik aufnehmen lassen und wurde seitdem nicht wieder gesehen.

XI. Jacob R., 60 Jahre alt, Hausirer aus Neuwied, gibt an, vor etwa 11 Wochen am Kinn ein „Pöckchen" gehabt zu haben, welches ihm beim Rasiren fortgeschnitten worden sei. Die kleine Wunde wurde von ihm dann nicht weiter beachtet, dieselbe vergrösserte sich jedoch allmälig und wandelte sich in ein Geschwür um. Nach 4 Wochen hatte das Geschwür schon eine

ziemliche Ausdehnung angenommen, und unter dem Kinn schwollen die Drüsen immer mehr an. Erst jetzt, als die Drüsen schon Hühnereigrösse erreicht hatten, consultirte er auf Anrathen seiner Nachbarn einen Arzt, der ihm Verbandwasser und Jodkalisalbe (gegen die Drüsenschwellung) verschrieb. Da das Geschwür nicht heilen wollte, liess sich Patient am 23. October 1889 in die Klinik aufnehmen. Die Anamnese ergab noch, dass Patient früher stets gesund gewesen sei, ebenso seine Frau, die erst vor 17 Wochen an einer Leberkrankheit gestorben war. Seine 3 Kinder waren im Alter von 16 Monaten, 4 und 11 Jahren gestorben. — Status praesens. Patient ist ein kleines und schwächliches Männchen. Vor dem Kinn, genau in der Mitte vor der Spina menti befindet sich eine derb infiltrirte Partie, blauröthlich verfärbt, in ihrer Basis etwa 5 Markstück gross (oben beginnend in der Labiomentalfalte, unten endigend in der Collomentalfalte) und etwas über 1 Ctm. hoch erhaben. Auf der Höhe derselben ist eine oberflächliche kreisrunde Ulceration vorhanden von 2 Markstückgrösse. Das Ulcus ist in seinem Grunde von schmutzigen, dünnes, gelbliches Secret secernirenden Granulationen eingenommen, der Rand ist nur wenig über den Grund erhaben. Bei der weiteren Untersuchung fallen dann die noch sehr stark geschwollenen Submentaldrüsen, die, zu mehreren von der Grösse einer Haselnuss vereinigt, ein dickes Packet bilden, ins Auge. Schon das ganze Bild liess diese Affection als ein Ulcus induratum vermuthen, immerhin lag doch die Möglichkeit vor, dass man es, zumal wenn man das Alter des Patienten bedachte, mit einem Carcinom zu thun habe. Zudem trug Patient bei seiner Vorstellung in der Poliklinik einen Bart, der die sehr starke Drüsenschwellung verdeckte und nur das Ulcus als freie Fläche hervortreten liess. Die Affection konnte man daher bei oberflächlicher Betrachtung sehr leicht für ein Ulcus rodens halten, und offenbar war diese Diagnose auch von dem bisher behandelnden Arzte gestellt worden, da Patient angab, behufs Operation, respective Exstirpation des Geschwüres von seinem Arzte zur Klinik geschickt worden zu sein. Das Vorhandensein von secundären Symptomen liess jedoch keinen Zweifel mehr daran, dass wir einen Schanker des Kinnes vor uns hatten. Es fanden sich vereinzelte Roseolaflecke im Gesichte, eine Papel in der Nasolabialfalte, spärliches maculöses Exanthem auf Brust und Bauch, wenig erhabene Roseolaflecke auf der Glans penis, mehrere leichte Erosionen am inneren Blatt des Präputiums, zahlreiche theils nässende Papeln am Scrotum, geringe Psoriasis palmaris, stark entwickelte Schleimhautplaques an der Unterlippe. Ausser den Submentaldrüsen waren noch besonders stark die Submaxillar- und Supraclaviculardrüsen geschwollen, dagegen weniger Cervical-, Axillar- und Inguinaldrüsen. Therapie: Sublimatumschläge 1‰ ad ulcus und Injectionen von Hydrarg. salicyl. à 0·06. Am 7. November war das Ulcus nur mehr 20 Pfennigstück gross und sämmtliche Efflorescenzen geschwunden. Nach 7 Injectionen (am 21. November) wurde Patient zur weiteren poliklinischen Behandlung aus der Klinik entlassen. Die Infiltration am Kinn war bedeutend zurückgegangen, eine kleine, noch granulirende

Stelle mit Quecksilberpflaster bedeckt. Die Injectionen wurden wegen eingetretener Schwellung des Zahnfleisches nur jeden 5. Tag applicirt, und erhielt Patient bis zum 9. Jänner 1890 im Ganzen 17 Injectionen. Vor dem Kinne befindet sich eine lineare, horizontal verlaufende, derbe Narbe von 1 Ctm. Länge. Verordnung von Jodkali.

Ausser diesen angeführten Fällen, in welchen die extragenitale Syphilisinfection sichergestellt war, kamen noch mehrere im verflossenen Jahre zur Beobachtung, in welchen eine Infection per coitum stricte geleugnet wurde, ein extragenitaler Primäraffect jedoch nicht aufgefunden werden konnte. Hierher gehören ein junges Mädchen von 28 Jahren, die angeblich schon über ein Jahr lang an Ausschlag leidet und wahrscheinlich ihren Bruder im Alter von 38 Jahren und dessen Sohn, $7^1/_2$ Jahre alt, syphilitisch inficirt hat. Alle drei sind nach dem Befunde syphilitisch, letztere Beiden leiden besonders an stark gewucherten Condylomen ad anum. Eine Initialsklerose ist jedoch bei keiner Person nachweisbar. Ferner waren zwei Ehefrauen in unserer Klinik in Behandlung, welche höchst wahrscheinlich bei Gelegenheit ihrer Entbindung durch die Hebamme, die an einem Fingerschanker litt, syphilitisch inficirt wurden. Ob man letztere Fälle bei Berechnung des Procentsatzes der Extragenitalinfectionen mit in Betracht ziehen soll, hängt nun lediglich davon ab, wie weit man den Begriff „extragenital" fassen will. In den russischen und französischen statistischen Angaben sind meistens auch die hereditären Uebertragungen als extragenitale Infectionen aufgefasst und als solche mitberechnet. Richtiger scheint es mir jedoch zu sein, diese Fälle auszuschliessen und nur diejenigen Infectionen als extragenitale zu bezeichnen, in denen das syphilitische Gift nicht an den Genitalien, sondern an irgend einer anderen Körperstelle eine Eingangspforte gefunden und dort den syphilitischen Primäraffect hervorgerufen hat.

Angesichts des häufigen Vorkommens dieser extragenitalen Syphilisinfectionen müssen wir uns fragen, welche Mittel anzuwenden sind, um einem weiteren Umsichgreifen der Syphilis auf diesem Wege entgegenzutreten. Vor Allem ist es natürlich nothwendig, die Syphilis in ihren Schlupfwinkeln aufzusuchen und zu bekämpfen, eine bessere staatliche Regelung und Ueberwachung der Prostitution zu verlangen und namentlich auf die möglichste Einschränkung der geheimen Prostitution hinzuwirken. Dies be-

zwecken die zahlreichen Vorschläge, die gerade in neuerer Zeit von allen Seiten (Fournier, Neumann, Bergh, Wiener med. Professorencollegium 1863, internationaler Congress in Wien 1873, Congress italienischer Hygieniker in Bologna 1888) gemacht worden sind, die leider allerdings nur Vorschläge geblieben sind und leider wohl auch nie in dem Masse durchgeführt werden können, wie es wünschenswerth wäre. Dagegen lässt sich gegen die Weiterverbreitung der Syphilis auf extragenitalem Wege doch noch Manches thun. An erster Stelle wird eine Aufklärung des Volkes über den Begriff der Syphilis und ihre grosse Ansteckungsfähigkeit von grossem Nutzen sein. Da jedoch im Volke mit dem Namen Syphilis der Begriff der Entehrung fest verknüpft ist, so hat Jedermann Scheu, selbst diesen Namen auszusprechen, eine Erfahrung, die wir selbst viel bei Aerzten constatiren müssen, die leider selbst ihren syphilitischen Patienten gegenüber sich sträuben, den Ausdruck „Syphilis“ zu gebrauchen. Deshalb muss vor Allem dem Namen Syphilis das Entehrende genommen werden (wie dies Neumann sehr richtig betont) und dies geschieht am besten dadurch, dass man den Glauben zu zerstören sucht, dass die Syphilis eine specifisch geschlechtliche Krankheit sei und nur durch geschlechtliche Ausschweifungen erworben werde. Man muss deshalb auf die vielen Beispiele hinweisen, in denen die Syphilis auf nicht geschlechtlichem Wege acquirirt wurde und klar zu machen suchen, dass die Syphilis keine Geschlechtskrankheit ist, da sie auf die unschuldigste Weise erworben werden kann. — Wie wir oben gesehen haben, sind am häufigsten Weiber extragenital inficirt worden und diese sind es gerade wieder, welche am spätesten ärztliche Hilfe aufsuchen und so die Krankheit weiterverbreiten, denn sie suchen aus Scham möglichst lange ihr Leiden zu verbergen, zumal wenn sich Krankheitssymptome an den Genitalien eingestellt haben, da sie fürchten, dass der Arzt „schlecht“ von ihnen denken könne. Fiele dagegen der Begriff des Entehrenden und der Schande von dem Namen Syphilis fort, so würde sicherlich eine grosse Zahl nicht nur der extragenital inficirten, sondern auch der übrigen Syphilitiker viel früher ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Selbstredend sind alle Syphilitiker darauf aufmerksam zu machen, dass ein Kuss oder der gemeinschaftliche Gebrauch von Ess- und Trinkgeschirren für ihre Mitmenschen eine

sehr grosse Gefahr der Uebertragung ihrer Krankheit in sich birgt. Deshalb soll der Arzt auf sie einwirken, wenn irgend möglich, während des recenten Stadiums der Krankheit sich in ein Krankenhaus aufnehmen zu lassen, und der Arzt soll die ambulatorische Behandlung auf möglichst wenige Fälle beschränken. In den öffentlichen Localen soll die grösstmöglichste Sorgfalt auf die Reinigung der Ess- und Trinkgeschirre verwendet werden, die Barbiere sollen ihre Messer nach dem Gebrauche desinficiren, namentlich wenn das Messer bei geringen Verletzungen mit Blut beschmutzt wurde. Ebenso ist Hebammen, Heilgehilfen und Aerzten die peinlichste Desinficirung ihrer Utensilien und Instrumente anzurathen, wozu sie ja ausserdem gesetzlich verpflichtet sind. Bei allen Operationen, namentlich beim Vacciniren sind alle zu Gebote stehenden antiseptischen Cautelen nicht ausser Acht zu lassen. Bei der Vaccination soll ausserdem der Arzt mit der grössten Gewissenhaftigkeit bei der Auswahl des Stammimpflings vorgehen, alle auch nur im geringsten Grade zweifelhaften Stammimpflinge, namentlich uneheliche Kinder zurückweisen. Den besten Schutz gegen eine Uebertragung der Syphilis durch die Vaccination gewährt natürlich die Anwendung der animalen und völlige Ausschliessung der humanisirten Lymphe. Einen sehr grossen Procentsatz zur extragenitalen Infection stellen die Dienstboten und Ammen und leider trifft häufig hiefür die Schuld den Arzt. Wie oft findet man in Familien, dass die Mutter, die unschuldigerweise durch den Ehegatten luetisch inficirt worden ist, über ihr und das Leiden ihres Kindes, allerdings ja mit Recht, im Unklaren gelassen und die Erkrankung beispielsweise als Scrophulose ausgegeben wird. Um das Eheglück nicht zu zerstören, sucht der Arzt das Leiden des hereditär syphilitischen Kindes als unschuldig hinzustellen und wagt deshalb auch nicht, auf die Ansteckungsgefahr hinzuweisen, um bei der Mutter keinen Verdacht zu erregen. So ist das Wartepersonal des Kindes natürlich ständig in Gefahr inficirt zu werden. Schlimmer noch ist die Verantwortung des Arztes bei Zuweisung von Ammen und seine Stellung als Familienarzt ist hier ausserordentlich schwierig. Eben um das wahre Leiden des Kindes der Mutter zu verheimlichen, wird sich wohl mancher Arzt durch das Zureden des Vaters dazu verstehen, das syphilitische Kind einer gesunden Amme anzuvertrauen. Man muss jedoch mit aller Ent-

schiedenheit verlangen, dass unter keinen Umständen ein syphilitisches Kind einer gesunden Amme übergeben wird. Selbst wenn letztere über den Zustand des Kindes und die Ansteckungsgefahr orientirt ist, wird sie sich schwerlich, auch bei den besten Vorsichtsmassregeln, vor Infection schützen können. Praktisch sind in Russland die Einrichtungen, dass in den Findelhäusern alle syphilitischen Kinder nur von syphilitischen Ammen gesäugt werden, und dass man durch die Behandlung letzterer gleichzeitig auf die Erkrankung des Kindes einzuwirken sucht. Ebenso hat man in Frankreich, speciell in Paris, dieser Frage grosse Fürsorge geschenkt. Da umgekehrt ebenso leicht gesunde Kinder durch eine syphilitische Amme inficirt werden können, so gehen die Vorschläge [1]) dahin, dass in jedem Falle, sowohl von der Amme als auch von den Eltern, ärztliche Zeugnisse über den Gesundheitszustand beigebracht werden müssen. Auch sind in den grösseren Städten Frankreichs Stellvermittlungsbureaux eingerichtet, in welchen Ammen, die nach ärztlichen Zeugnissen für gesund befunden sind, sich anmelden, um durch sie Stellung zu erlangen. Zur Verhütung der extragenitalen Infection bei Glasbläsern sind ebenfalls zahlreiche Vorschläge gemacht worden. Bekanntlich arbeiten die Glasbläser zu Dreien an einer Pfeife, welche, damit sich das Glas nicht abkühlt, schnell von Mund zu Mund wandern muss. Man empfahl deshalb für jeden Arbeiter ein besonderes Mundstück. Jedoch wurde hiedurch die Arbeit zu sehr verlangsamt und liess man dies wieder fallen. Den einzigen Schutz gewähren hier periodische und häufige ärztliche Untersuchungen der Arbeiter. — Auch gegen die Infection durch die rituelle Circumcision, die sowohl durch die Instrumente als auch durch das übliche Aussaugen der Wunde durch den Operateur zum Zwecke der Blutstillung vorkommen, ist man in neuester Zeit vorgegangen. Taylor [2]) drang schon 1873 auf Abschaffung der Sitte des Aussaugens. In Kopenhagen [3]) wurde im Sommer 1887 auf Grund ärztlicher Gutachten von der Gemeindevertretung ein Aussaugen der Wunde

[1]) Fournier, Die öffentliche Prophylaxe der Syphilis, übersetzt von Lesser. Leipzig 1889.

[2]) New-York Med. Journ., December 1873.

[3]) Sitzung der Med. Gesellschaft in Kopenhagen 17. Jänner 1888. Referat Monatsh. f. prakt. Derm. 1889. S. 291.

verboten, die Anwesenheit eines Arztes bei der Operation verlangt und von Dr. Salomonsen eine Instruction für den Beschneider ausgearbeitet, welche auch die anzuwendenden antiseptischen Cautelen enthielt. Ein Exemplar dieser Instruction wird jedem israelitischen Vater nach Anmeldung der Geburt eines Sohnes eingehändigt. — Als letzte Forderung zur Verhütung der syphilitischen Infection muss man die stellen, dass überall dort, wo durch das Zusammenleben grösserer Verbände so leicht eine Syphilisepidemie Platz greifen kann, häufige und regelmässig wiederkehrende ärztliche Untersuchungen stattfinden. Ich habe hier vor Allem den Soldatenstand, die Arbeiter grösserer Fabriken und die Bergleute im Auge. Durch periodische, gewissenhafte ärztliche Untersuchungen wird die Prophylaxe der Syphilis hier glänzende Resultate zu verzeichnen haben.

Bei allen obigen prophylaktischen Massregeln hängt der Erfolg ganz allein von der ärztlichen Untersuchung und Ueberwachung der syphilitisch Erkrankten ab und deshalb ist eine gründliche specielle und auch praktische Ausbildung aller Aerzte in der Erkenntniss und Behandlung der Syphilis jedenfalls die wichtigste prophylaktische Massregel. Leider müssen wir uns gestehen, dass die Kenntniss der syphilitischen Symptome bei vielen Aerzten sehr im Argen liegt, was jedoch allein darin seinen Grund hat, dass denselben während ihrer Studien nicht hinreichend Gelegenheit geboten worden ist, die Syphilis, die in so mannigfaltigen Krankheitsformen auftritt, genau kennen zu lernen. Allerdings ist es ja auf den deutschen Universitäten in den letzten Jahren besser geworden, indem sowohl Kliniken wie Lehrstühle für Hautkrankheiten und Syphilis neu errichtet wurden. Jedoch an vielen Universitäten werden die Haut- und syphilitischen Krankheiten nur so nebenbei gelehrt und nebensächlich behandelt. Es ist daher dringend nothwendig, dass diesem Lehrfache mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, und dass die Studirenden eine bessere Ausbildung in der Erkenntniss syphilitischer Krankheitsformen erlangen. Und dass die Studirenden gezwungen werden, sich mehr mit diesen Erkrankungen zu beschäftigen, lässt sich leicht dadurch erreichen, dass die Syphilis als obligater Prüfungsgegenstand im medicinischen Staatsexamen eingeführt wird. Denn ebenso wie im medicinischen Staatsexamen die Grundzüge der Geisteskrankheiten ge-

fordert werden, kann man billigerweise auch die Kenntniss der Syphilis verlangen. Doch damit eine gründliche Ausbildung der angehenden Aerzte durchgeführt werden kann, ist natürlich dafür zu sorgen, dass die nothwendigen Räume zur Unterbringung der syphilitisch Erkrankten beschafft werden. Allein hieran fehlt es überall, die schlechtesten und ungesündesten Räume in den Krankenhäusern sind den Syphilitikern zugewiesen und dann in der Regel in so beschränktem Masse, dass nur immer eine geringe Zahl Aufnahme finden kann. Wird durch Beschaffung genügender und gesunder Räumlichkeiten für das nothwendige Krankenmaterial gesorgt werden, so wird auch eine bessere Erkenntniss der syphilitischen Krankheitsformen bei den Aerzten erzielt und damit die beste prophylaktische Massregel gewonnen werden gegen eine Krankheit, von der Bergh sagt: „Syphilis ist eine der Menschheit drohende, im Dunkeln und heimtückisch schleichende Krankheit, in ihrer Chronicität gefährlich und unberechenbar für die leidenden Individuen, durch eine nicht kurze Periode für die Umgebungen derselben gefahrschwanger und durch lange Zeit für die Nachkommen der Syphilitiker bedenklich."

Literaturangaben aus den Jahren 1888 und 1889.

Bell, Lancet 1888, 4. August. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. 1889. S. 596. Primäre Syphilis der Zunge. Am linken Zungenrande indurirtes Geschwür bei einem Seemanne, welches wahrscheinlich durch eine Pfeife acquirirt war. Plaques im Munde und Exanthem auf dem Körper vorhanden. — Besnier, Ann. de derm. et de syph. 1889, 2. Besnier stellte in der Versammlung der Aerzte im Hospital St. Louis am 13. Jänner 1888 einen ausgebreiteten, zerfallenden Schanker der Oberlippe mit starker Drüsenschwellung der Submaxillargegend vor, woran Fournier die Bemerkung anknüpfte, dass auf ausgebreitete Primäraffecte schwere Syphilis zu folgen pflege, wiewohl hiervon auch Ausnahmen zu constatiren seien. — Besnier, Ann. de derm. et de syph. 1889, 5. Fall von ausgebreiteter Sklerose der Regio infraclavicularis sinistra mit bedeutender Drüsenschwellung und Erythema papulatum oder Urticaria syphilitica (Sigmund), welches Besnier als „roseole boutonneuse", Fournier als Erytheme papuleuse bezeichnen möchte. — Bulkley, The Journ. of the Americ. Med. Associat. 2. Febr. 1889, Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 424. Bulkley beobachtete im Ganzen 65 Fälle von extragenitalen Schankern, die sich auf 34 Männer und 31 Weiber vertheilen. Am häufigsten sass der Schanker an den Lippen, nämlich in 30 Fällen, in 7 Fällen an den Fingern, in 6 an den Brüsten, in 6 an den Tonsillen, in 5 an der Zunge, in 3 an der Wange, in 2 am Kinn, in je 1 an der Nase, dem Augenlid, dem Ohr, der Hand, dem Vorderarm und der Sacralgegend. — Cozzolino, Riv. clin. dell' Univers. di Napoli 1889, 1—2,

Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 598. Cozzolino bespricht die seltene Localisation des syphilitischen Primäraffectes an der Nase und beschreibt deren Vorkommen und Verlauf an der äusseren Nase und der Nasenschleimhaut, ohne specielle Fälle anzuführen. — Descroizilles, France méd. 1887, Nr. 80, Ref. Arch. f. Derm. 1888, S. 643. Ein Knabe von 12 Jahren litt an einem Schanker der Analöffnung in Folge von Päderastie und an Secundärsymptomen. — Van Dugteren und van Walsem, Mittheilungen aus der Klinik und Poliklinik für Haut- und venerische Geschlechtskrankheiten von Prof. Dr. van Harem Noman in Amsterdam, Haarlem 1889. Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 847. Unter Anderem wird über 25 Fälle extragenitaler Infectionen, die in den Jahren 1886 und 1887 beobachtet wurden, berichtet, deren Krankengeschichten ausführlich mitgetheilt werden. — Dupond, Thèse de Bordeaux 1887, Ref. Arch. f. Derm. 1888, S. 644. Beschreibung der sich in der Nase localisirenden Formen der primären und secundären Syphilis und Mittheilung von 4 Fällen von primärem Nasenschanker. — Feibes, Berl. klin. Wochenschr. 1889, Nr. 23. Bei einem secundär syphilitischen Manne leitet die sehr starke Schwellung der rechtsseitigen Cervical- und Submaxillardrüsen auf den Ort der Primäraffection, welche sich auf der Wangenhaut rechts als derbes Knötchen von der Grösse einer gespaltenen Erbse präsentirte. Patient gibt ätiologisch an, vor 2 Monaten beim Rasiren dort geschnitten worden zu sein. — Fitzgibbon, The London Med. Record 1889, Nr. 15. Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 591. Fitzgibbon theilt je einen Fall von syphilitischer Infection an der Unterlippe und den Nates mit. Ein Banquier acquirirte dadurch an der Unterlippe eine Initialsklerose, dass er beim Zählen von Banknoten die Finger mit Speichel befeuchtete. Diese Banknoten waren von einer Prostituirten gestohlen worden und in ihrer Vagina versteckt gewesen. Im zweiten Falle entwickelte sich bei einem jungen Mädchen, welches sich beim Reiten wundgescheuert und kurz nachher ein Closet auf einer Eisenbahnstation benützt hatte, an Stelle der Hautexcoriation eine Induration mit nachfolgendem papulösen Syphilid. — Fröhlich, Allg. Wiener med. Ztg. 1889, Nr. 8. Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 428. Bericht über einige extragenitale Schanker, die an der Mamma, Nase, Wange, Unterlippe und Vorderarm ihren Sitz hatten. — Fournier, Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1887, Nr. 45, Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, S. 1160. Infection eines Säuglings durch eine Amme, in Folge dessen weiterhin Mutter, Vater, Grossmutter und 2 Mägde syphilitisch inficirt wurden. — Fournier, Réun. clin. hebd., Ann. de derm. et de syph. 1889, S. 806. Schanker der Unterlippe bei einem 29jährigen Mädchen mit Vereiterung der Submentaldrüsen. Papulöses Syphilid an den Geschlechtstheilen. — Haslund, Hospitals-Tidende 1887, 10. Ref. Arch. f. Derm. 1888, S. 643. Haslund theilt die Krankengeschichten mit von 2 Fällen von hartem Schanker des Rachens. — Hervieux Acad. de méd. de Paris, 23. Juli 1889. Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 878. Bei den von der Akademie geleiteten Impfungen wurde von 2 anscheinend gesunden Stammimpflingen, von denen der eine nur (!) eine leichte Induration des einen Hodens und Nebenhodens hatte, auf 5 Kinder Syphilis übertragen. — Leckie, Brit. Med. Journ. 1408, pag. 1379. Ref. Fortschritte der Medicin 1888, S. 442. Bei einem secundär syphilitischen Soldaten sass ein Schankergeschwür auf jedem Vorderarm, hervorgerufen durch Tätowirung von einem nachweislich syphilitischen Manne, der das Blut mit seinem Speichel abgewischt hatte. — Lewin, Deutsche med. Wochenschr. 1889, S. 1073. Lewin stellte in der Sitzung der Dermat. Vereinigung zu Berlin vom 6. November 1889 einen syphilitischen Schanker bei einem jungen Mädchen vor, wo die Submental- und Submaxillardrüsen beträchtlich geschwollen waren. — Lipp, Ref. Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 23. Demonstration eines Primäraffectes

am unteren Augenlid (im Verein der Aerzte in Steiermark) bei einer Patientin, die sich wahrscheinlich durch Pflege eines syphilitischen Kindes inficirte. — Mackay, Edinburgh Med. Journ.. Sept. 1888. Ref. Arch. f. Derm. 1888, S. 987. Schanker am oberen Augenlid bei einem 6jährigen Knaben, der wahrscheinlich durch Küsse seiner Mutter inficirt wurde, die ihrerseits selbst ebenfalls extragenital durch einen Zahnstocher angesteckt wurde, welcher von einem luetischen Studenten benützt worden war. — Manassein, Med. Obosrenje 1889, 4 (russisch). Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 596. Fall von syphilitischem Primäraffect der Unterlippe ohne sonstige Besonderheiten. — Manssulow, Klinische Sammlung für Dermat. und Syphilid. Moskau, Februar 1887. Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 881. Von 2 durch eine Amme, die zur Zeit keine floriden syphilitischen Erscheinungen bot, inficirten Kindern soll bei dem einen die Syphilis bald, bei dem zweiten jedoch erst 14 Jahre später zum Ausbruche gekommen sein, woraus Verfasser den Schluss zieht, dass die Infection nur durch die Milch geschehen sein könne (?). — Mensinga, Internat. klin. Rundschau 1888. Ueber 40 Jahre Lues in einer Familie. Ein Vater vererbt seine Syphilis auf 5 Kinder; ein Enkelkind, also das Kind einer hereditär syphilitischen Mutter, zeigt bald nach der Geburt hereditär syphilitische Erscheinungen, durch welche eine Amme inficirt wird. — Neumann, Ges. d. Aerzte in Wien, 17. Jänner 1890, Wiener med. Wochenschr. 1890 Nr. 4. Neumann beobachtete in den letzten 10 Jahren 84 Fälle von extragenitalen Sklerosen (18 Oberlippe, 28 Unterlippe, 2 Wange, 8 Mundwinkel, 4 Kinn, 1 Pharynx, 2 Tonsillen, 2 Nasenflügel, 2 Augenlid, 10 Finger und Hand, 4 Brustwarze, 3 Anus. Dr. Rabl bemerkt in der Discussion, dass er ebenfalls 8—10 derartige Fälle gesehen hat. — Ohmann-Dumesnil, Ann. de derm. et de syph. 1888, Nr. 11. Bei einem 54 Jahre alten Witwer fanden sich am Gaumen 2 typische syphilitische Schanker, die angeblich durch Kratzen mit der Pfeifenspitze entstanden waren, und die von Secundaria gefolgt wurden. — Porter, Brit. Med. Journ., 10. December 1887. Ref. Arch. f. Derm. 1888, S. 308. Zwei Schankergeschwüre am Vorderarme eines englischen Corporals, hervorgerufen durch Tätowirung. Drüsenschwellungen und Exanthem. — Róna, Orvosi Hetilap 1889, Nr. 18. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1889, II. S. 192. Rona stellte im ärztlichen Verein in Budapest ein secundär syphilitisches Kind vor, welches wegen Halsschmerzen seit 14 Wochen von mehreren Aerzten wegen Diphtheritis behandelt worden war. Auf der rechten Tonsille befand sich ein typischer Schanker, zu beiden Seiten des Halses sehr starke Bubonen. — Signorini, Lo Sperimentale 1888. 3. Ref. Arch. f. Derm. 1888, S. 981. Während einer Pockenepidemie in einer bei Florenz gelegenen Ortschaft wurden von einem Arzte 15 Kinder mit humanisirter Lymphe von demselben Stammimpfling, der von gesunden Eltern stammen sollte, geimpft. Von diesen acquirirten 7 Kinder Syphilis, und stellte es sich nachträglich heraus, dass der Stammimpfling anderen Eltern, die auf Syphilis verdächtig waren, angehörte. — Steinbach, Internat. klin. Rundschau 1887. Ein Fall von räthselhafter Lues-Inoculation. Ein Regimentsarzt inficirte bei Behandlung einer Augenblennorrhöe selbst seine Augen. Nachdem gegen die acuten entzündlichen Erscheinungen der Blennorrhöe Blutegel an die Schläfe applicirt worden waren, entwickelte sich an einem der Blutegelstiche eine Sklerose, die von typischen Secundärerscheinungen gefolgt wurde, woran sich nach 6 Monaten papulöse Iritis und schwere Cerebralsymptome anschlossen. Wie das syphilitische Gift in die durch den Blutegel gesetzte Wunde gelangte, liess sich nicht eruiren. — Tenneson, Réun. clin. hebd. 23. Mai 1889. Ann. de derm. et de syph. 1889, pag. 791. Doppelter Schanker der rechten Wange bei einem jungen Mädchen nach einem verdächtigen Kusse. — Touchaleaume, Thèse de Paris 1889, Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 886. Verfasser bespricht die

verschiedenen Formen der Schanker der Conjunctiva und die Differentialdiagnose von einem ulcerirten Gumma der Conjunctiva. Er hatte Gelegenheit, 18 Fälle von Primäraffecten der Conjunctiva zu beobachten. — Tschistiakow, Wratsch 1889, 5. russisch. Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 596. Indurirtes Geschwür bei einem 8monatlichen Säuglinge an der Stirne, inficirt durch eine syphilitische Amme. — Vidal, Ann. de derm. et de syph. 1889, S. 213. Harter Schanker an der Zungenspitze bei einem 15jährigen Knaben. Papulöses Exanthem des Stammes. — Vidal, Ann. de derm. et de syph 1889, S. 337. Indurirter Schanker der Unterlippe bei einem Ladenmädchen, welches im Geschäfte mit einem jungen Manne, der „wunde Lippen" hatte, dasselbe Sprachrohr benützt und sich wahrscheinlich hierdurch inficirt hatte. — Vidal, Ann. de derm. et de syph. 1889, 5. Schanker der linken Tonsille bei einer Frau, deren Mann kurz vorher an einem Schanker der rechten Zungenhälfte gelitten hatte. Auch hier wies die charakteristische starke Schwellung der linken Submaxillardrüsen auf den Sitz des Primäraffectes hin. — Van Walsem cf. van Dugteren. — Whitehead, The Brit. Med. Journ., 14. September 1889, pag. 601. Ref. Arch. f. Derm. 1889, S. 878. Von 12 Soldaten wurden durch den Speichel eines syphilitischen Tätowirers 5 inficirt, und hatte sich bei Allen der Primäraffect in der ersten Stichwunde entwickelt.



Aus dem Ambulatorium des Dr. P. Michelson, Privatdocenten für Laryngo-Rhinologie, sowie für Dermatologie in Königsberg.

Casuistisches zur Frage der Alopecia neurotica.

Von

Cand. med. S. Askanazy.

(Hiezu Tafel XV.)

Die Streitfrage über den Zusammenhang von Haarausfall mit Nervenläsion, welche bereits seit Jahrzehnten von den verschiedensten Autoren erörtert wurde, ist neuerdings wieder in den Vordergrund der Discussion getreten.

Von Max Joseph angestellte Thierversuche schienen, im Gegensatz zu den von älteren Autoren ausgeführten Experimenten,[1]) mit Bestimmtheit die Möglichkeit trophoneurotischen Haarausfalls zu erhärten; allein die Beweiskraft der betreffenden Versuche wurde bald darauf an der Hand von Control-Experimenten durch andere Forscher[2]) auf das Lebhafteste bekämpft.

Was die klinische Beobachtung anbelangt, so sah man Haarschwund als Begleit- oder Folge-Erscheinung von durch Störungen

[1]) Vergl. P. Michelson: 1. Ueber Herpes tonsurans und Area Celsi, Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von Rich. v. Volkmann, Nr. 120. — 2. v. Ziemssen's Handbuch der Hautkrankheiten, 2. Hälfte, S. 143, Leipzig 1884.

[2]) 1. F. Samuel: Ueber Dr. Max Joseph's „atrophischen Haarausfall", Virchow's Arch., Bd. 114, 1888. — 2. G. Behrend: Ueber Nervenläsion und Haarausfall mit Bezug auf die Alopecia areata.

innerhalb des Nervensystems bedingten Krankheiten auftreten; in anderen Fällen schien die Localisation des Haarausfalls für eine Abhängigkeit desselben von nervösen Einflüssen zu sprechen.

„In diesen Fällen von „Alopecia neurotica", in welchen meist wichtigere Krankheitserscheinungen sich in den Vordergrund drängen, pflegt die Seitens der Autoren gegebene Beschreibung des speciellen Charakters der Alopecia im Allgemeinen unvollkommen zu sein. Wo genaue Notizen vorliegen, charakterisirt sich die auf neurotischer Basis entstandene Alopecia als eine solche von nicht scharf ausgeprägtem Typus und „acyklischem Verlauf" (Auspitz). Oft handelt es sich nur um eine Verdünnung des Haarwuchses an den betroffenen Hautstellen; zu vollständigem Ausfall kommt es in keinem Zeitpunkt der Erkrankung. Wo über totales Defluvium berichtet wird, finden wir die Form der kahlen Stellen als durchaus unregelmässig (strichförmig, dreieckig, landkartenartig), den Uebergang in die noch behaarten Partien als ganz allmälig geschildert.[1])"

Die Literatur des Gegenstandes bis zu dem Jahre 1883 ist durch P. Michelson (l. c. 2) zusammengestellt. Seitdem sind nun von verschiedenen Seiten eine Anzahl weiterer interessanter Beobachtungen über Fälle von Ernährungsstörungen der Haare auf neurotischer Basis mitgetheilt, theils Fälle reiner Alopecie, theils Fälle von dystrophischen Zuständen, Aenderung der Farbe, des Feuchtigkeits- oder Luftgehaltes, der äusseren Gestalt und Oberfläche der Haare. Auch an den Beobachtungen von Combinationen respective Uebergängen zwischen neurotischer Dystrophie und neurotischer Atrophie fehlt es nicht.

Von den hierher gehörigen neueren Mittheilungen seien folgende hervorgehoben:

Page, on neuropathic plica berichtet:[2]) Ein 17jähriges Mädchen, welches mehrere Tage an Kopfschmerzen gelitten hatte, konnte nach einer Waschung seiner Haare mit warmem Wasser dieselben auf der linken Seite beim Abtrocknen mit Leichtigkeit ausziehen, während es gleichzeitig rechterseits einen stechenden Schmerz

---

[1]) P. Michelson, l. c. 2.

[2]) Brit. Med. Journ. 1884, 26. Januar. Ref.: Centralbl. f. med. Wissensch., Jahrg. 1884, Nr. 33.

verspürte und sich hier die Haare in einen harten, unentwirrbaren Klumpen zusammenballten. Der ganze Vorgang vollzog sich in zwei Minuten. Unter der oberflächlichen Schicht jenes festen Haarklumpens sollen die Haare guirlandenförmig gewunden gewesen sein.

Räuber publicirt folgenden „Fall von periodisch wiederkehrender Haarveränderung bei einem Epileptiker“:[1]) Der Autor sah bei dem betreffenden, wegen chronischer Epilepsie in die Provinzialanstalt zu Allenberg aufgenommenen Patienten in drei Attaquen eine Aufrichtung, Kräuselung und unlösbare Zusammenballung, respective Verfilzung der Haupthaare, wobei dieselben auch ihre Farbe veränderten, ihren Glanz verloren, spröde und brüchig wurden. Mikroskopisch boten die betreffenden Haare das Bild der sogenannten Trichorrhexis nodosa dar. — Der einzelne Anfall erreichte innerhalb von mehreren Tagen seine Akme; die ganze Dauer seines Verlaufes erstreckte sich über einen Zeitraum von durchschnittlich einigen Wochen. Bei der letzten Attaque fielen sämmtliche Haare am 21. Tage nach Beginn des Anfalles aus, so dass der ganze Schädel kahl war; es blieb nur ein dünner Flaum von lanugoartigen Haaren übrig. Augenbrauen und Augenwimpern erhielten sich intact. Räuber glaubt, dass die beschriebenen Veränderungen der Haare als Product einer auf neurotischer Basis entstandenen Unterbrechung des ernährenden Säftezuflusses aufzufassen sind.

Dr. Josef Schütz hat im Jahre 1887[2]) einen Fall von Alopecia neurotica veröffentlicht, dann noch fünf neue Fälle dieser Art im Jahre 1889[3]). Der im Jahre 1887 publicirte Fall betrifft ein 8 Jahre altes Kind, das nach einer Verletzung seiner Kopfhaut durch einen Barbier auf einer dreieckigen, im Bereiche des N. occipitalis magnus gelegenen, 9$^1/_2$ Ctm. langen und in der grössten Breite 4 Ctm. betragenden Stelle einen Haarausfall bekam. Der Uebergang in den gesunden Haarwuchs war ein allmäliger. Die Haut in dem kahlen Bezirk war nicht atrophisch, zeigte überhaupt in jeder Hinsicht normale Verhältnisse. Die mikroskopische Unter-

---

[1]) Virchow's Arch., Bd. XCVII., Heft 1.

[2]) Monatsh. f. prakt. Derm., VI. Bd., 1887, Nr. 7.

[3]) Münchner med. Wochenschr. Nr. 8, Jahrg. 1889.

suchung der Haare ergab das Bild der Atrophie und die Gewebsveränderungen der Trichorrhexis nodosa.

Die anderen fünf von J. Schütz publicirten Fälle betreffen schwächliche oder nervöse Personen männlichen Geschlechts. Bei denselben kam ein strichförmiger Haarschwund zu Stande, der sich später namentlich am peripheren Ende verbreiterte, derart, dass eine dreieckige, kahle Stelle mit nach dem Hinterhauptswirbel gerichteter Spitze entstand. Das Aussehen der kahlen Stellen erweckte den Eindruck, „als ob entsprechend dem natürlichen Richtungslauf der Haare von bestimmten Convergenzpunkten aus die Haare büschelförmig zum Ausfall kamen". Die haarlosen Partien pflegten sich nicht scharf abzugrenzen, sondern allmälig in die haargesunde Umgebung überzugehen. Die aus der Peripherie der kahlen Herde ausgezupften Haare wiesen atrophische Bulbi, spindelförmige Verbreiterungen des Markraumes, Zerklüftungen der Rindensubstanz auf, während die Haut an den kahlen Stellen vollkommen normale Verhältnisse darbot.

Als eine von „trophischen Störungen begleitete" Trigeminusneuralgie ist von Deghilage[1]) folgender Fall in die Literatur eingeführt: „Entwickelung einer circumscripten Alopecie im Anschluss an eine Trigeminusneuralgie. Patient, ein Soldat, zeigte schon vorher eine circumscripte Alopecie der linken Seite, dicht oberhalb der Stirn, von der Grösse zweier Fünffrankstücke, angeblich im Verlaufe von „Kopfschmerzen" entstanden. Während seines Aufenthaltes im Lazareth, in welches er als Reconvalescent von einer Brustaffection aufgenommen, wurde er von einer Trigeminusneuralgie der rechten Seite mit äusserst heftigen nächtlichen Schmerzparoxysmen befallen. Es stellten sich entsprechend den seitlichen und hinteren Partien der rechten Kopfhälfte leicht geschwollene und geröthete, auf Druck schmerzhafte Plaques ein, in deren Bezirk innerhalb der dreiwöchentlichen Dauer der Affection die Haare völlig ausfielen.

Durch die in diesem Fall vorhandenen dermatitischen Erscheinungen unterscheidet sich die Beobachtung Deghilage's so wesentlich von den anderweitig bekannt gewordenen Fällen, in

[1]) Deghilage, Névralgie du trijumeau, accompagnée de troubles trophiques. Arch. méd. belges 1884. April. Ref.: Centralbl. f. klin. Med. 1884. Nr. 40, S. 648.

denen ein Zusammenhang zwischen nervösen Störungen und Haarausfall supponirt werden darf, dass es mindestens zweifelhaft erscheint, ob es zulässig ist, Deghilage's Beobachtung als eine solche von Alopecia neurotica zu rubriciren.

Es sei mir gestattet, im Nachfolgenden über zwei von Herrn Dr. P. Michelson beobachtete weitere Fälle von Alopecie zu berichten, in welchen an die Möglichkeit eines Zusammenhangs des Haarausfalls mit nervösen Störungen gedacht werden könnte.

Fall I.

Kaufmann H. M., 31 Jahre alt, aus einer Provinzialstadt Ostpreussens, erkrankte nach der im Jahre 1878 ausgeführten Entfernung einer Geschwulst aus der rechten Submaxillargegend an einer Facialisparalyse auf derselben Seite. Zugleich röthete sich seit der erwähnten Operation bei jedesmaligem Kauen die rechte Gesichtsseite und trat in directem Anschluss an den Kauact das Ausperlen von Schweisstropfen in der Gegend des rechten Jochbogens ein. Seit einigen Jahren bemerkte Patient, dass ausschliesslich in der rechten Temporalgegend und an der Stirnhaargrenze der rechten Seite die Behaarung sich immer stärker zu lichten begann. Der am 23. Mai 1888 vorhandene Zustand wird durch die an diesem Tage aufgenommenen, in Fig. 1a und 1b reproducirten Photographien illustrirt. Fig. 1a stellt die afficirte, Fig. 1b die gesunde Seite dar.

Die nähere Besichtigung des Haarbodens ergab, dass der Haarbestand in den nach vorne zu gelegenen Abschnitten am meisten gelichtet war und dorsalwärts das Capillitium sich allmälig immer mehr und mehr verdichtete. Die Kopfhaut war überall von anscheinend ganz normaler Beschaffenheit.

Von besonderem Interesse ist in diesem Fall die Complication des Haarausfalls mit anderen, zweifellos auf tropho-, respective angioneurotischer Grundlage entstandenen Störungen.

Die Erscheinung der Hyperämie und Hyperidrosis einer Gesichtshälfte nach dem Essen wurde auch in einem von Pokroffsky publicirten, in Botkin's Klinik beobachteten Fall[1]) gesehen. Hier waren die neuroparalytische Hyperämie und Schweisssecretion Folge-Erscheinungen einer veralteten rechtsseitigen Parotitis mit entzündlichen Ueberresten.

Fall II.

B. A., Techniker aus Kowno. 1881 Conatus suicidii. Die Narben der Schusswunden, die A. sich beigebracht hatte, sind am 10. Mai 1882, als

[1]) Cit. v. Geber in v. Ziemssen's Handb. d. Hautkrankh., 2. Hälfte, S. 279, Leipzig 1884.

er sich Herrn Dr. Michelson vorstellte, an der rechten Stirnhälfte und in der Regio cordis zu erkennen. Um die angegebene Zeit litt Patient an Melancholie mit vorwiegend hypochondrischen Wahnvorstellungen, in denen die Sexualsphäre eine grosse Rolle spielte; häufig stellten sich Gehörs- und Geruchshallucinationen ein. Die subjectiven Klagen des Patienten bezogen sich auf heftigen Kopfschmerz, Brennen in der Scheitelgegend und Schlaflosigkeit. Abgesehen von den oben erwähnten psychischen Alterationen zeigte Patient eine recht gute Intelligenz.

Seit einigen Wochen bestand ein diffuses Defluvium der Barthaare und der Behaarung der Regio pubis. An der Stirnhaargrenze, und zwar im Verbreitungsbezirk der Nn. auriculo-temporales zeigte sich ein totaler bilateral-symmetrischer Haarverlust, durch welchen die Grenzen der normalen Behaarung bogenförmig nach dem Scheitel hin zurückgerückt waren.

Innerhalb dieser anscheinend kahlen Hautflächen zeigten sich die Haarbälge bei genauerer Untersuchung noch mit kurzen, aber gut pigmentirten Härchen besetzt. Die sonstige Beschaffenheit der Haut an diesen Stellen erschien in jeder Beziehung, auch hinsichtlich der Sensibilität unverändert. Die übrige Kopfhaut war von dichten, grösstentheils schwarzen, nur mit wenig grauen untermischten, festsitzenden Haaren bedeckt. Die Ernährung des Patienten liess nichts zu wünschen übrig.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Dr. Michelson für die freundliche Anregung zur Beschäftigung mit dem vorstehend erörterten Gegenstande und für die Ueberlassung der beiden Krankheitsfälle meinen besten Dank an dieser Stelle auszusprechen.



Fig. 1.

c
a
b
c
d
c
d
c
x

Fig. 2.

a
b

A. Schmidt: Zur Kenntniss der Lymphangiome.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.

Aus der königl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten und Syphilis des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Doutrelepont zu Bonn.

Beiträge zur Kenntniss der Lymphangiome.

Von

Dr. Adolf Schmidt,
Volontärarzt.

(Hiezu Tafel XVI.)

Bei den immer noch grossen Lücken, welche unsere Kenntnisse über die Lymphgefässgeschwülste bis heute aufweisen und den mancherlei Differenzen, welche zwischen den einzelnen Autoren über die Benennung und Classification der einzelnen Formen derselben in der Literatur hervortreten, scheint es gerechtfertigt, auch einzelne Beobachtungen dieser immerhin seltenen Abnormitäten zu veröffentlichen.

Die zwei folgenden Fälle von Lymphangioma simplex, deren Untersuchung und Beschreibung Herr Geheimrath Doutrelepont mir gütigst überlassen hat, kamen in jüngster Zeit in der hiesigen Klinik zur Beobachtung. Im Anschluss an die Mittheilung derselben mag es gestattet sein, des Näheren auf die pathologisch-anatomische Stellung und Bedeutung dieser und der in der Literatur vorhandenen analogen Geschwülste einzugehen.

I. Lymphangioma cutis simplex (circumscriptum).

Anna S., 17 Jahre alt, wurde am 29. März a. c. in die Klinik aufgenommen. Eltern und Geschwister der Patientin sind gesund. Sie selbst will als Kind viel krank gewesen sein, kann aber keine näheren Angaben über den Charakter der Krankheiten machen. Das Hautübel, wegen dessen

sie die Klinik aufsucht, soll aus den ersten Schuljahren datiren. Es wurden damals von der Mutter drei kleine Bläschen auf der Haut des linken Oberschenkels bemerkt, die sich im Laufe der Jahre sehr langsam vermehrten. Beschwerden irgend welcher Art hatte sie niemals, bis vor etwa einem Jahre die mit Bläschen besetzte Hautgegend sich röthete und anschwoll, aber alsbald nach Anwendung von Opodeldoc ihr gewöhnliches Aussehen wieder annahm. Seitdem haben sich die Bläschen nicht vermehrt.

Status praesens. Untersetztes, kräftig gebautes Mädchen. Innere Organe gesund. Auf der Haut der medialen Seite des linken Oberschenkels, in der Mitte zwischen Spina ant. sup. oss. ilei und Condyl. int., entsprechend dem Verlaufe des M. sartorius, erheben sich auf völlig normaler Haut eine Anzahl (ca. 12—13) theils einzeln stehender, theils zu kleinen Gruppen vereinigter Prominenzen. Dieselben haben bei oberflächlicher Betrachtung das Ansehen von Warzen, sind braun pigmentirt, nur mässig erhaben und von etwa Stecknadelkopf- bis Linsengrösse. Sie fühlen sich hart an und lassen zum Theil deutlich einen mehrfächerigen Bau erkennen. Die Haut, selbst in der nächsten Umgebung, zeigt durchaus keine Veränderung, insbesondere keine erweiterten Gefässe oder ödematöse Durchtränkung. Der Umfang beider Oberschenkel ist gleich, die Inguinaldrüsen der linken Seite nicht geschwollen. Beim Einstich in die Bläschen entleert sich sehr wenig seröse Flüssigkeit.

Am 30. März wird das grösste der Bläschen unter antiseptischen Cautelen mit der angrenzenden Haut excidirt. Dabei entleert sich aus dem freigelegten subcutanen Fettgewebe reichlich seröse, leicht gelblich gefärbte, etwas klebrige Flüssigkeit und nur sehr wenig Blut. Bei Druck auf die Umgebung wird der Strom der offenbar als Lymphe zu deutenden Flüssigkeit aus der Wunde stärker; dieselbe spritzt sogar in einem feinen Strahle, wie Blut aus einer kleinsten Arterie, hervor. Dabei bleiben die umgebenden Bläschen prall gefüllt, auch lässt sich keine Delle in die Haut drücken. Im Ganzen entleeren sich vielleicht 15 Cctm., die leider nicht aufgefangen und weiter untersucht wurden. Die Wunde wird durch drei Nähte geschlossen und verheilt normal.

Am 3. April wird eine zweite Bläschengruppe, wie die erste wesentlich zum Zwecke mikroskopischer Untersuchung, excidirt, wobei sich wiederum ein starker Lymphstrom aus der Wunde ergiesst. Dieselbe wird in gleicher Weise durch Nähte verschlossen und verheilt ebenso p. pr. intent. Die übrigen Bläschen werden mit dem Thermokauter zerstört, doch geht hier der Heilungsverlauf nur sehr langsam vor sich, wobei es den Anschein hat, als ob sich neue Bläschen an Stelle der alten entwickeln würden. Patientin wird aber auf ihren Wunsch am 12. April entlassen. Nach drei Wochen, als sie sich von Neuem in der Poliklinik vorstellt, sind alle Stellen vernarbt und nirgends neue Bläschen zu entdecken.

Die excidirten Stücke wurden in Alkohol gehärtet und sowohl in senkrechten als Flächenschnitten nach Anwendung verschiedener Tinctionsmittel, als: Boraxcarmin, Hämatoxylin, Vesuvin, Eisessig-Dahlia, mikroskopisch untersucht. Die wesentliche Veränderung an den Stellen, wo äusserlich die Bläschen sitzen, besteht in einem System von grösseren und kleineren, theilweise deutlich communicirenden Hohlräumen, deren Inhalt, eine feingranulirte Masse mit vereinzelten Lymphkörperchen, nur in dickeren Schnitten gleichmässig erhalten ist. Ueberall dort, wo die Wandung der Hohlräume deutlich erkennbar ist, d. h. also, wo an ihr wenigstens Reste jener feingranulirten Masse oder Leukocyten haften, lässt sich an derselben ein Endothel, dessen Kerne in regelmässigen Abständen gelagert, mässig in das Lumen vorspringen, deutlich unterscheiden. Dasselbe ist manchmal etwas abgehoben und von der Fläche sichtbar, wobei dann die Zellgrenzen nicht zu erkennen sind. Die Lage dieser Hohlräume beschränkt sich auf den Papillarkörper, das Corium und das subcutane Fettgewebe und vertheilt sich so, dass das letztere, von dem nur wenig an dem excidirten Stück haftet, relativ die grössten aufweist, das Corium die kleinsten und spärlichsten, während der Papillarkörper an einzelnen Stellen (welche makroskopisch die Bläschen bilden) völlig von ihnen durchsetzt ist, so dass von dem bindegewebigen Stratum nur schmale Streifen als Grenzen übrig bleiben, und die Epithelzapfen des Rete auseinandergedrängt und oft in die Länge ausgezogen erscheinen. Nirgends findet sich bei genauerer Untersuchung ein Hohlraum, der ganz von Epidermis umgeben wäre, nirgends auch wird die Grenze eines Spaltraumes direct von den Zellen des Rete gebildet, stets findet sich eine, wenn auch noch so schmale Zone Bindegewebsfasern zwischen dem Lumen und dem oft bis auf eine dünne Lage von 1 bis 2 Zellenreihen plattgedrückten Rete Malpighi. Demgemäss wird also die Wandung der Bläschen gebildet aus dem Endothel, einem dünnen Bindegewebsfaserzuge, einer einfachen oder mehrfachen Lage Retezellen und dem Stratum corneum, welch letzteres überall eine annähernd gleichmässige Dicke zeigt und nur an vereinzelten Stellen perlenartig verdickt in das Rete vorspringt. Das Lumen der Bläschen wird meist nicht von einem einzelnen, sondern von einem System verschiedener durch dünne Balken von einander getrennter Spalt-

räume gebildet. Die Veränderungen, welche die Epidermis erlitten hat, beschränken sich also — um das hier gleich abzumachen — lediglich auf die durch mechanische Zerrungen hervorgebrachten Veränderungen der Retezapfen, die nur in nächster Umgebung der Bläschen ausgesprochen sind und namentlich auf den Flächenschnitten Bilder zeigen, wie sie Philippson[1]) beschreibt und als durch Druckwirkung hervorgebracht erklärt. Davon abgesehen findet sich nur eine reichliche Pigmentirung der Pallisadenzellen, die zur Genüge die makroskopisch auffällige Braunfärbung der Bläschen klarlegt. Um zu dem Corium zurückzukehren, finden sich nun ausser den beschriebenen Hohlräumen, von denen die grösseren wesentlich nur im Bereiche der Bläschen zu finden sind, und abgesehen von einer etwas dickfaserigen Structur des Bindegewebes, noch weitere Abweichungen, die, wie ich glaube, für die richtige Beurtheilung der Geschwulst von wesentlichem Belange sind. Zunächst fällt es auf, dass sowohl die Recessus der grösseren als die kleineren Hohlräume überhaupt — diese finden sich reichlicher in der nächsten Umgebung der Bläschen — reichliche Lymphkörperchen enthalten, oft ganz von ihnen ausgefüllt sind, und dass sich an anderen Stellen im Bindegewebe — auch dieses zeigte sich häufiger in der Umgebung — Haufen von Zellen vorfinden, deren Charakter die verschiedensten Uebergänge von Lymphkörperchen zu jungen Bindegewebszellen erkennen lässt. Analysirt man diese Haufen genauer, so kann man oft deutlich sehen, dass von einzelnen langgestreckten Zellen Scheidewände gebildet werden, zwischen denen die anderen den Lymphkörperchen gleichen Zellen lagern, so dass man sich manchmal des Eindrucks nicht erwehren kann, als ob diese Bildungen den Uebergang darstellten zu den beschriebenen kleineren ganz mit Rundzellen ausgefüllten Spalten. Hin und wieder finden sich auch derartige Zellhaufen im Verlaufe der Gefässe zu Strängen angeordnet.

Noch zu erwähnen bleibt, dass die Blutgefässe, sowohl die Capillaren als die kleineren Venen, in ihrem ganzen Verlaufe von einer geringen Anzahl Rundzellen umgeben sind, während das übrige Bindegewebe eine Infiltration nicht aufweist. Die mit Eis-

---

[1]) Virchow's Arch., 120, I., S. 182, 1890.

essig-Dahlia nach Ehrlich gefärbten Schnitte ergeben eine mässige Anzahl Mastzellen in allen Theilen der Haut, verhältnissmässig am meisten in der Papillarschicht, in der Umgebung der Bläschen und im Verlauf der Gefässe. Eine ausgesprochene Ansammlung liess sich nicht constatiren. Tafel XVI, Fig. 1 und 2 geben die besprochenen Verhältnisse wieder.

II. Lymphangioma mucosae oris simplex (tuberosum).

Gertrud P., 18 Jahre alt, am 1. Februar a. c. aufgenommen. Eltern und Geschwister der Patientin leben und sind gesund.

Status praesens. Patientin zeigt einen schwächlichen Bau und eine Affection der linken Lungenspitze. Sie ist wegen eines Lupus des Gesichtes, des linken Vorderarmes und eines Lupus verrucosus des rechten Fusses aufgenommen und dementsprechend behandelt. Ich übergehe die hierauf bezüglichen Angaben der Krankengeschichte und beschränke mich auf den bei Untersuchung der Mundschleimhaut gemachten Befund der hier interessirenden Geschwulst:

Die Oberlippe erscheint am rechten Mundwinkel verdickt, fühlt sich aber weich an und ist nicht infiltrirt. Beim Umklappen findet man auf der Schleimhaut einzelne kleinste und grössere, bis hirsekorngrosse und etwas durchscheinende Knötchen. Dieselben besetzen die Lippenschleimhaut bis zum rechten Mundwinkel, woselbst einige kleinste Knötchen auch auf der äusseren Haut vorhanden sind, und gehen ferner an der Innenfläche auf die angrenzende Partie der Wangenschleimhaut bis etwa zur Mündung des Ductus Stenonianus und in der Gegend des rechten oberen Schneidezahnes auch auf die Gingiva an einer sehr circumscripten Stelle über. Im Ganzen ist etwa eine thalergrosse Fläche der Schleimhaut, die nur etwas gewulstet aber weich erscheint, von ihnen eingenommen. Eine tiefe Rhagade durchschneidet die befallene Partie an der Oberlippe; der übrige unbefallene Theil zeigt ein völlig normales Aussehen. Nach Angabe der Patientin soll diese Veränderung schon seit der Geburt bestanden haben.

Da die Erscheinung etwas von dem gewöhnlichen Bilde des Lupus abwich, wurde an dieser Stelle von der sonst geübten Cauterisation Abstand genommen und ein Schleimhautstück excidirt. Die Wunde granulirte gut und heilte p. secund. Das Schleimhautstück wurde in Alkohol gehärtet und auf senkrechten und Flächenschnitten mit Anwendung der oben genannten Färbemittel untersucht.

Es zeigen sich in dem bindegewebigen Theile der Schleimhaut, am deutlichsten dort, wo ein Vorspringen des Epithels die

äusserlich sichtbaren Prominenzen andeutet, unregelmässig zerstreut, grössere und kleinere Hohlräume von ungleichmässiger Gestalt. Ihre Wandung wird durch eine einfache Lage continuirlicher Endothelien gebildet, deren Kerne deutlich in das Lumen vorspringen, während ihr Inhalt ein verschiedener ist. Meist findet sich in ihnen eine ziemlich grob granulirte Masse, entweder in Form von grobscholligen — von Wegner[1]) als zerfallene Lymphthromben gedeuteten — Körnern, oder netzartig angeordnet. In derselben liegen vereinzelt Lymphkörperchen. Nur selten ist die Masse so fein granulirt, wie in den Hohlräumen der oben beschriebenen Geschwulst. Dagegen finden sich hin und wieder einzelne Spalten ganz mit Blut gefüllt, ja, es gibt Stellen, wo sogar Blut nach Art eines hämorrhagischen Infarctes einzelne Bindegewebszüge durchtränkt.

Die Anwesenheit der Hohlräume beschränkt sich auf die mittleren Lagen der Schleimhaut, namentlich auf den subpapillären Theil. Die tieferen Lagen sind nur wenig verändert; die Papillarschicht dagegen ist durchzogen von kleineren Spalträumen, die sich bei genauerer Betrachtung als unregelmässig erweiterte Capillargefässe erweisen, von denen es nach der äusseren Form schwer zu sagen ist, ob sie Blut- oder Lymphgefässcapillaren darstellen. Ihr Inhalt ist verschieden; einige, namentlich die gleichmässig runden, enthalten Blut, andere fein granulirte Masse, die meisten nichts. Eine Mündung in die unregelmässigen Räume der tieferen Schicht konnte ich nirgends entdecken, doch sah ich wohl einige in ampullenartigen Erweiterungen enden. Das Epithel zeigt völlig normale Structur und keine durch Zerrungen hervorgebrachten Veränderungen der noch vorhandenen Retezapfen. Nur an einer sehr circumscripten Stelle sah ich die obersten Zelllagen durch eine fein granulirte Masse abgehoben.

Als weitere Veränderung ist bemerkenswerth, dass sich im Bindegewebe an den verschiedensten Stellen Anhäufungen von Zellen finden, deren Charakter zwischen jungen Bindegewebszellen und Lymphocyten schwankt. Manchmal zeigt sich auch in ihnen deutlich eine Sonderung in mehr strangförmig angeordnete Zellen und dazwischen liegende rundliche. Diese Zellhaufen sind nament-

[1]) Arch. f. klin. Chir., XX., S. 641, 1877. — (Fall IV. von Maas.)

lich in der Papillarschicht vorhanden. Eine reichliche Anzahl von Pigmentzellen, die den Gefässen und Zellsträngen folgen, findet sich überall. Die Färbung auf Mastzellen nach Ehrlich ergibt die reichliche Anwesenheit derselben in allen Lagen der Schleimhaut.

Während man die im papillären Theil vorhandenen dilatirten Gefässe in erweiterte Capillaren und varicöse Lymphgefässe trennen muss, glaube ich nach Untersuchung zahlreicher Schnitte, dass die stellenweise Anwesenheit von Blut in einzelnen Hohlräumen und im Gewebe durch eine mehr zufällig — vielleicht durch die Operation bedingte — Verbindung mit einem Gefässe hervorgerufen wurde, und habe deshalb von der Bezeichnung Hämatolymphangioma mixtum (Wegner) Abstand genommen.

So viel zunächst über die von mir beobachteten Fälle. Bevor ich die analogen Fälle aus der Literatur kurz erwähne, sind noch einige Bemerkungen nothwendig. Die ausserordentlich mannigfaltigen Formen, welche unter dem Sammelnamen der Lymphangiome zusammengefasst werden, erklären es, dass die einzelnen Beobachtungen von den verschiedenen Autoren unter sehr verschiedenen Bezeichnungen, wobei namentlich die Benennungen Lymphangiektasie und Lymphangiom vielfach in sehr wechselndem Sinne gebraucht wurden, veröffentlicht sind, so dass es oft gar nicht gelingt, einen concreten Fall in eine bestimmte Gruppe einzureihen. Daran trägt nicht zum Wenigsten die Schwierigkeit bei, scharfe Grenzen zwischen den einzelnen Gruppen zu ziehen, die durch unsere mangelhaften Kenntnisse über die Entstehungsweise der meisten der hierher gehörigen Geschwülste bedingt ist. Abgesehen von den zahlreichen Einzelbeobachtungen haben es nur wenige Autoren unternommen, den Gegenstand zusammenfassend zu bearbeiten. Ich erwähne unter diesen vor Allem die Arbeit von Gjorgjevic[1]), der sämmtliche bis zum Jahre 1870 veröffentlichten Beobachtungen in drei Gruppen zusammengestellt hat, die er folgendermassen betitelt: „Verletzungen normaler Lymphgefässe mit nachfolgender Lymphorrhöe", „Lymphangiektasien, Lymphvarices", „Lymphangiom, cavernöse Lymphgeschwülste, Lymphadenektasien, Lymphaneurysma". Im Jahre 1877 publicirte

[1]) Arch. f. klin. Chir., XII., S. 641, 1870.

Wegner[1]) eine Reihe von hauptsächlich mikroskopischen Untersuchungen verschiedener Lymphangiome. Seine Eintheilung dieser Geschwülste in Lymphangioma simplex, Lymphangioma cavernosum und Lymphangioma cystoides wurde von den meisten neueren Arbeiten, unter denen ich die von Nasse[2]) und Sachs[3]) besonders hervorhebe, berücksichtigt. Für die hier interessirende Geschwulstform liefert indess die im Uebrigen sehr bedeutende Arbeit von Wegner nur geringe Ausbeute: sie erwähnt ihrer kaum; und ebensowenig findet sich in einer der erwähnten anderen Arbeiten gerade diese Geschwulstform gesondert oder im Zusammenhange besprochen, und zwar weil, wie später eingehender begründet werden soll, gerade sie es ist, die auf der Zwischenstufe steht zwischen den Lymphangiektasien einerseits und den Lymphangiomen andererseits. Nur von Seiten der Dermatologen[4]) wurde unter dem Namen Lymphangioma cutis ein grosser Theil dieser Geschwulstformen beschrieben und in einem wohlcharakterisirten klinischen Krankheitsbilde zusammengefasst. Indess ist man, wie ich glaube, auch dabei — allerdings nach der entgegengesetzten Richtung, nämlich im Specialisiren — zu weit gegangen, indem man den Zusammenhang des Lymphangioma cutis, das sogar wieder in zwei Formen, als L. circumscriptum (Morris) und L. multiplex tuberosum (Kaposi) getrennt wurde, mit den pathologisch-anatomisch verwandten Formen, die theils auf Schleimhäuten, theils auch auf der Cutis beobachtet wurden, ausser Acht liess. Eben diese möchte ich, soweit das überhaupt nach der Beschreibung möglich ist, aussondern.

Um nun dazu zu gelangen, müssen wir alle diejenigen Formen von Lymphangiomen von der Betrachtung ausschliessen, die durch verschiedene Merkmale genügend als selbstständige Formen charakterisirt sind, oder wenigstens conventionell als gesonderte Gruppen aufgefasst werden. Es sind dies unter den Lymphangiomen zunächst:

1. Das Lymphangioma cysticum (cystoides). Nach Wegner

---

[1]) Arch. f. klin. Chir., XX., S. 641., 1877.

[2]) Arch. f. klin. Chir., XXXVIII., S. 614., 1888.

[3]) Ziegler, Beiträge z. path. Anatomie u. allg. Pathologie, V., 1., 1889.

[4]) Siehe Malcolm Morris, Internat. Atlas seltener Hautkrankh. Heft I., 1. — Hamburg 1889.

sind dies „Geschwülste, die bei makroskopischer Untersuchung auf den ersten Blick erscheinen, wie ein Convolut von kleineren und grösseren Blasen oder mit durchscheinendem Inhalt gefüllten, mehr oder weniger lose mit einander verbundenen Cysten". Repräsentanten sind die Cystenhygrome des Halses und des Nackens, deren Zugehörigkeit zu den Lymphgefässgeschwülsten durch Lücke[1]) und Köster[2]) erwiesen wurde, und die durch ihre Malignität und dadurch, dass sie meist angeboren sind, sich auszeichnen.

2. Das Lymphangioma cavernosum, nach Wegner folgendermassen charakterisirt: „Das cav. L. besteht aus einem Balkenwerk von Bindegewebe mit grösstentheils makroskopisch sichtbaren, mannigfaltig gestalteten und vielfach mit einander communicirenden Hohlräumen mit Lymphe als Inhalt." Diese Geschwülste sind zum grössten Theil ebenfalls angeboren, zum Theil entwickeln sie sich im späteren Leben, und zwar an den Lieblingsstellen der Stirn, der Wange, des Halses, der Axilla, des Thorax und der Leistengegend. Sie bilden wallnuss- bis kindskopfgrosse, meist faustgrosse Tumoren, deren bindegewebiges Gerüst gleichfalls gewuchert ist. Sie wachsen bald langsamer, bald schneller und haben vielfach zur Verwechselung mit Lipomen und weichen Fibromen geführt. Ihr Charakter ist gutartig. Hierher gehören die meisten aller Lymphgefässgeschwülste.

Unter den Lymphangiektasien sind zunächst auszuschliessen:

3. Die endemische Form der Lymphangiektasie, die in den meisten Fällen mit Elephantiasis complicirt ist, und deren Entstehung durch den Aufenthalt der Filaria sanguinis im Blute und den Lymphgefässen nach den neueren Untersuchungen zweifellos erscheint. Sie breitet sich meist schubweise unter fieberhaften Anfällen centrifugal aus.

4. Diejenigen Formen der sporadischen Lymphangiektasie, deren Entstehungsursache — es handelt sich dabei fast ausschliesslich durch Entstehung in Folge der Verlegung grösserer Lymphgefässstämme oder wiederholter Entzündungen[3]) — nachgewiesen werden kann. Sie sind schwer abzugrenzen, weil in

---

[1]) Handbuch d. Chir., II., 1., 1869.

[2]) Würzburger Verhandlungen, 1872., III.

[3]) Siehe übrigens die Fussnote S. 550.

vielen Fällen eine derartige Aetiologie nur vermuthet, nicht aber nachgewiesen werden kann.[1])

Alle diese Formen, die sich recht gut und ohne Zwang in gesonderte Gruppen trennen lassen, weichen theils in ihrer Aetiologie, theils in ihrem Erscheinen so wesentlich von unseren Formen ab, dass man nicht leicht in Verlegenheit kommt, sie damit zusammenzuwerfen. Uebergänge finden sich eigentlich nur zu dem unter 2. aufgeführten Lymphangioma cavernosum. Es bleibt nun aber ausser diesen Gruppen noch eine so grosse Anzahl der verschiedensten Geschwulstformen, die von den einzelnen Autoren theils (Wegner) unter dem Namen Lymphangioma simplex, theils als Lymphangiektasien, für die ein ursächliches Moment nicht gefunden werden konnte, aufgeführt werden, dass man nothwendigerweise noch eine weitere Sonderung versuchen muss, um schliesslich aus dem Rest, der vornehmlich die Uebergangsformen umfassen wird, die den unseren analogen Fälle aussondern zu können.

Eine verhältnissmässig gut charakterisirte Classe bilden die als Makroglossie, Makrochilie und Makromelie bezeichneten Geschwülste. Wegner hält auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchung mehrerer Fälle dafür, dass sie durch Stauung während der Fötalperiode zu erklären seien. Indess sind auch Fälle beschrieben worden (Eichler[2]), wo überhaupt das Lymphgefässsystem an der Neubildung gar nicht betheiligt war. Jedenfalls ist eine Neuformation von Bindegewebe fast regelmässig zu finden. Die meisten Fälle waren angeboren.

Eine Sonderstellung, wenigstens ihrer äusseren Erscheinung nach, nehmen ferner noch die einfachen Lymphfisteln ein, wo aus einer Pore in der Haut die Lymphe ausfliesst, von denen Gjorgjević vier Fälle zusammenstellt. Hier kommt aber schon in

---

[1]) Ich möchte hiezu auch die jüngst von Colcott Fox beschriebenen Fälle von Lymphangiektasie der Hände und Füsse bei Kindern nach Einwirkung von Frost und mit frostbeulenartiger Anschwellung der Finger rechnen. Es waren stecknadelkopfgrosse Knötchen und herpesartige Bläschen aufgetreten, die sich in warzenförmige Gebilde umwandelten. Mikroskopisch zeigten sich erweiterte Lymphgefässe. (Illustrat. Medical News, 27. Juli 1889, pag. 73. — Referat: Monatsh. f. prakt. Derm., X., Nr. 8, S. 380.)

[2]) Dissert. Bonn 1883.

Betracht, dass wir über das pathologisch-anatomische Substrat derselben eigentlich ganz im Unklaren sind, weil — so viel ich weiss — mikroskopische Untersuchungen nicht vorliegen; und das ist auch der Grund, weshalb eine grosse Reihe älterer Beobachtungen, wo kleine Bläschen, Knötchen oder rosenkranzartig dilatirte geschlängelte Lymphgefässe in der Haut gesehen wurden, und wobei meist das Hauptinteresse der Untersucher durch die begleitende Lymphorrhöe gefesselt wurde, für eine vergleichende Betrachtung ungeeignet sind. Was die Lymphorrhöe betrifft, so ist sie als Begleiterscheinung bei fast allen Formen von Lymphgeschwülsten beobachtet worden. Ich glaube daher nicht, dass sie, mag sie nun spontan oder in Folge Verletzung aufgetreten sein, für die Classification von irgend welchem Belang sein kann, abgesehen davon, dass natürlich ein sehr reichlicher Lymphausfluss auf eine freie Communication mit grösseren Lymphstämmen oder Räumen hinweist.

Dasselbe gilt, wie ich meine, von dem Charakter der ausgeflossenen oder in den Geschwülsten vorhandenen Lymphe, die nicht stets wasserhell, sondern oft milchig getrübt, chylös, war, ohne dass jedesmal eine Communication mit dem Chylusgefässsystem nachgewiesen oder selbst nur als möglich angesehen werden konnte. Vielleicht dass die Verfettung der Endothelien dabei eine Rolle spielt (cf. Petters[1]). Schliesslich kann eine wesentliche Differenz nicht aus der äusseren Erscheinung der kleinen Geschwülstchen, mögen sie nun Bläschen oder Knötchen bilden, abgeleitet werden, und ebensowenig kann es erlaubt sein, die Localisation (äussere Haut oder Schleimhaut) oder die Anzahl der vorhandenen Geschwülste (circumscriptes und multiples Auftreten) als wesentliches Eintheilungsprincip gelten zu lassen.

Alles das sind Differenzen, die bei im Uebrigen gleichem mikroskopischen Befund wohl zur klinischen Charakterisirung, niemals aber zur pathologisch-anatomischen Classification verwerthet werden dürfen. Wenn ich dennoch bei der folgenden Zusammenstellung zunächst die auf der äusseren Haut und dann die auf Schleimhäuten beobachteten Fälle zusammenstelle, so ist das lediglich der Uebersichtlichkeit halber geschehen.

---

[1]) Prager Vierteljahresschr., CXXV, S. 69 u. 155.

Was nun den ersten der oben beschriebenen Fälle betrifft, so möchte ich zuerst, obwohl er chronologisch der letzte ist, den Fall anführen, welchen Malcolm Morris im internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten[1]) beschreibt und abbildet, und durch dessen Vergleichung es uns allein möglich wurde, schon vor der Excision einzelner Hautstückchen eine sichere Diagnose zu stellen. Morris belegt seinen Fall mit dem Namen Lymphangioma circumscriptum, und gibt an, dass bisher nur neun gleiche Fälle in der Literatur verzeichnet seien: der erste von Tilbury und Colcott Fox[2]) die zwei folgenden[3]), deren Abbildungen er reproducirt, und der vierte[4]) von Hutchinson, einer von Köbner[5]); vier andere wurden in verschiedenen medicinischen Gesellschaften Londons von Radcliff Crocker, Hayes und Walsham gezeigt. „Alle diese Fälle", sagt er, „waren identisch mit dem meinigen, so dass dessen Beschreibung auch auf die anderen passt. Nur die Topographie der Herde differirte in den einzelnen Fällen." Mir waren von diesen Publicationen nur die drei ersten (wegen der ausgeführten mikroskopischen Untersuchung entschieden die werthvollsten) und der Köbner'sche Fall zugängig. In der That stimmen alle diese Fälle mit dem Morris'schen und meinem Falle vollkommen überein; stets waren die ersten Symptome erst nach der Geburt aufgetreten, das Wachsthum war langsam gewesen, äusserlich sichtbar waren nur warzige Bläschen und die mikroskopische Untersuchung ergab die gleichen Veränderungen. Ich beschränke mich also auf die Hervorhebung einzelner Differenzen, und möchte betonen, dass sich in meinem Falle weder makroskopisch noch mikroskopisch eine gleichzeitige Dilatation der Capillaren und kleinsten Venen vorfand, die in den anderen Fällen sehr auffällig war. Eine Zellanhäufung in den Bindegewebszügen, wie ich sie oben beschrieben habe, hat nach Morris nur Hutchinson jun. in dem als vierten erwähnten Falle gefunden.

---

[1]) Hamburg 1889, Heft I, 1.

[2]) Transactions of the pathological society of London, XXX, S. 470, 1879.

[3]) Transactions of the pathological society of London XXXI, S. 342, 1880.

[4]) Illustrations of clinical surgery.

[5]) Virchow's Arch., 93. S. 343, 1883.

Schliesslich konnte Sangster[1]), der die zwei ersten Fälle Hutchinson's mikroskopisch untersuchte, nur an der Wandung der tiefer gelegenen Hohlräume Endothelien nachweisen und meint, dass die oberflächlicher gelegenen vielleicht entstanden seien, durch freie Ansammlung von Lymphe im Bindegewebe in Folge Berstens der tieferen Räume.

Trotz der grossen Uebereinstimmungen nun, welche in allen übrigen Punkten zwischen diesen Fällen und dem meinigen bestehen, kann ich Morris nicht beistimmen, wenn er meint, dass dieselben eine gesonderte Gruppe bilden und durch differentielldiagnostische Merkmale von dem Lymphangioma tuberosum multiplex (Kaposi) einerseits und den übrigen Beobachtungen von Lymphgefässerweiterung in der Haut, unter denen er die Sammlung von Busey[2]) hervorhebt, andererseits scharf getrennt seien. Die Gründe dafür glaube ich oben vom pathologisch-anatomischen Standpunkt genügend erörtert zu haben. Das Lymphangioma tuberosum multiplex wurde zuerst von Kaposi[3]) beschrieben, als über den ganzen Körper zerstreute „linsengrosse und etwas kleinere, rundliche, braunrothe, etwas schimmernde, glatte, nicht schuppende, flache oder mässig über das Hautniveau emporgewölbte Knötchen". Sie bestanden seit der Kindheit und hatten sich in den letzten drei bis vier Jahren bei der 32jährigen Frau langsam vermehrt. Der mikroskopische Befund ergab im Corium, namentlich in den tieferen Schichten, erweiterte Räume mit deutlichem Endothel. In der Umgebung derselben wurden viele Bindegewebszellen gefunden, die auch in weiterer Entfernung sich gruppenweise gehäuft vorfanden. Ein gleicher Fall dieser Art wurde später von Pospelow[4]) beschrieben.

Was die von Busey beschriebenen Fälle angeht, so war mir leider dessen Arbeit nicht zugänglich.

Lewinski[5]) untersuchte vier kleine Hauttumoren aus der

---

[1]) Transactions of the pathological society of London, XXXI, S. 346, 1880.

[2]) Occlusion of Lymphchannels. — New-York 1878.

[3]) Hebra u. Kaposi, Lehrb. d. Hautkrankh. — Stuttgart 1876, II. S. 282.

[4]) Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syphil. 1879, S. 525.

[5]) Virchow's Arch. 91, S. 371, 1883.

Scrotalhaut eines 12jährigen Knaben. Dieselben hatten Erbsengrösse, waren knochenhart und von normaler Haut bedeckt. Es ergab sich, dass sie Kalkconcremente enthielten, nach deren Auflösung sich im mikroskopischen Schnitte das typische Bild eines Lymphangioms präsentirte. Nur hin und wieder liessen sich an der Wandung der grösseren Hohlräume Endothelien nachweisen. Ob es sich um Ektasie oder Neubildung handelte, war nicht zu entscheiden.

Sehr eingehend hat zur Nieden[1]) einen merkwürdigen Fall beschrieben, der auf der Freiburger medicinischen Klinik beobachtet wurde. Beide grossen Labien eines erwachsenen Mädchens zeigten eine runzelige Oberfläche, bedingt durch kleine, discret stehende hirsekorngrosse und kleinere, etwas heller gefärbte Prominenzen, von denen einzelne dichter standen und confluirten. Nur an wenigen Stellen bekam man den Eindruck gewunden verlaufender Canälchen. Die Affection ging nicht auf die Haut des Mons Veneris und der Oberschenkel über und begrenzte sich nach innen durch die Schleimhaut. Die Knötchen liessen sich durch Spannen der Haut entfernen und sollten nach längerem Stehen anschwellen. Die Haut war weich, nicht hypertrophisch und elastisch. Nach Excision eines Hautstückchens flossen reichliche Mengen chylöser Lymphe aus. Mikroskopisch zeigten sich dicht unter der Papillarschicht zahlreiche Hohlräume, die mit Endothel ausgekleidet waren und theilweise mit Canälen in Verbindung standen. Der reichliche Ausfluss chylöser Lymphe führte zur Nieden zu der Annahme, dass die Lymphräume in Verbindung mit dem Ductus thoracicus ständen. Doch liess sich weder eine Stenose des letzteren, noch eine Ursache für eine Compression nachweisen.

Gjorgjević[2]) beschreibt selbst einen Fall von Gurlt. Es fanden sich bei einem 28jährigen Manne an der Innenfläche des rechten Oberschenkels, dicht neben dem Scrotum etwa zwei Dutzend wasserheller, kleiner Herpesbläschen ganz ähnlicher, etwas mehr als stecknadelkopfgrosser, zum Theil confluirender Bläschen auf einem Raume vertheilt, der kaum handgross war. „Zwischen denjenigen Bläschen, welche nahe bei einander stehen,

---

[1]) Virchow's Arch. 90, S. 350, 1883.

[2]) Arch. f. klin. Chir. XII, S. 641, 1870.

lässt sich deutlich ein Verbindungsgang nachweisen, welcher bei Druck mässig stark gespannt hervortritt, wobei gleichzeitig sich die Spannung der einzelnen Bläschen vermindert. Die ausfliessende wasserhelle Flüssigkeit zeigte mikroskopisch alle Charaktere der Lymphe. Am Penis und am linken Oberschenkel (von wo früher Lymphe herabgeflossen sein sollte) liess sich nichts Abnormes finden. Eine Behandlung fand nicht statt."

Die älteren Fälle ähnlicher Erkrankungen stellt Gjorgjević im III. Capitel (Lymphangiektasien) zusammen. Trotz der grossen Anzahl derselben und der auffallenden Aehnlichkeit mancher mit den bereits erwähnten möchte ich nur noch wenige von diesen anführen, weil bei der grossen Mehrzahl entweder der Mangel der mikroskopischen Untersuchung oder die ungenügende Beschreibung nicht mit Sicherheit die Zugehörigkeit zu einer der oben erwähnten Gruppen ausschliessen lässt. Gjorgjević referirt:

„David[1]) beobachtete einen Fall, wo das Präputium an der Corona glandis mit kleinen durchsichtigen Bläschen besetzt war, welche er für varicöse Lymphgefässe hielt."

„Der junge Brasilianer, den Demarquay[2]) behandelte, zeigte am rechten Oberschenkel gruppenweise nebeneinander stehende, helle durchsichtige Bläschen, welche man bei genauerer Beobachtung als ein Convolut von varicösen Lymphgefässen erkannte, was durch die bald eingetretene Lymphorrhöe bestätigt wurde. Der Druck sowohl oberhalb als unterhalb der Fistel angebracht, vermehrte die Lymphorrhöe. Der Oberschenkel in der oberen Partie gemessen, erwies sich um 3 Ctm. dicker als der gesunde."

Erwähnt seien aus dieser Zusammenstellung noch die Fälle von Lebert und Carter, sowie der von Fetzer[3]), als solche, welche trotz mancher Abweichungen von dem unserigen doch wegen der bei Weitem grösseren Differenzen, die sie von jeder der ausgeschiedenen Gruppen trennen, unser Interesse beanspruchen. Interessant ist auch, was Gjorgjević zusammenfassend über die „Varicen der Lymphgefässe der Cutis" sagt[4]): „Diese treten zu-

[1]) Thèse de Paris, 1866.

[2]) Mémoires de la société de chirurgie. 1853.

[3]) Citirt bei Weichselbaum. Virchow's Arch. 64, S. 145, 1875.

[4]) l. c. S. 694.

vörderst unter der Form von kleinen Erhabenheiten auf, welche der Haut die Farbe und das Ansehen jener kleinen Knötchen, die man im Hofe der Brustwarze sieht, geben. Man hat es auch mit dem Aussehen der Orangenschale verglichen. Diese kleinen Hervorragungen werden dann in einer fortgeschrittenen Periode ihrer Entwickelung zu kleinen durchsichtigen mit einer zarten Epidermis bedeckten Bläschen, welche wie gekochte Sagokörner aussehen. Sie sind manchmal in Reihen angeordnet, ein anderes Mal wieder in unregelmässigen Gruppen über die an Lymphgefässnetzen reichen Regionen zerstreut. Die innere Schenkelfläche scheint besonders für die Erkrankung prädisponirt zu sein. Uebrigens haben wir sie auch auf der vorderen Bauchwand (Fetzer), in der Malleolargegend, in der Ellbogenbeuge, am Präputium erwähnt gefunden. Diese bläschenartigen Varicositäten sind eindrückbar, und, wenn sie in Gruppen beisammen stehen, kann man die Lymphe aus einem in das andere hinüberdrücken."[1])

Ich gehe nun zu den Formen von Lymphangioma simplex über, welche auf Schleimhäuten beobachtet wurden und eine Analogie mit dem zweiten der von mir beschriebenen Fälle aufweisen. Den einzigen, welcher demselben in fast allen Einzelheiten gleicht, fand ich bei Nasse[2]). Der einzige Unterschied bestand darin, dass die linke Oberlippenhälfte und die angrenzende Schleimhautpartie befallen war. Mikroskopisch fanden sich gleichfalls Hohlräume, die aber Nasse als erweiterte buchtige Lymphgefässe ansieht. Das Bindegewebe war zwar zellreich, doch liess sich nirgends eine Zellanhäufung oder eine Wucherungserscheinung an den Lymphgefässen entdecken, welche für Neubildung gesprochen hätte. Die Ursachen der Entstehung hält er für dunkel, doch meint er, dass das Wachsthum „mehr durch eine Ektasie

---

[1]) In allerjüngster Zeit beobachtete Köbner an der Seite des Penis ein Lymphbläschen, dessen Communication mit einem schmäleren und einem weiteren abführenden Lymphgefäss deutlich nachgewiesen werden konnte. Da sich ein plausibles ätiologisches Moment für die Bildung dieses „Lymphvarix" nicht auffinden liess, so wäre dieser Fall eigentlich hier mit aufzuführen. Leider fehlt die mikroskopische Untersuchung (vorgestellt in der dermatologischen Vereinigung zu Berlin, 4. Febr. 1890. Referat: Monatsschrift f. prakt. Dermat., X, Nr. 8, S. 360).

[2]) Arch. f. klin. Chir., XXXVIII, S. 627, 1888.

der schon vorhandenen Hohlräume stattfinde, so dass die Veränderung mehr den Namen einer Lymphangiektasie als den eines Lymphangioms verdient". (Was diese letztere Aeusserung betrifft, so scheint sie mir im Widerspruch zu stehen mit dem, was Nasse selbst am Schluss seiner Arbeit über das Zustandekommen der Lymphangiektasien erörtert, und auf das ich unten zurückkomme.)

Alle anderen einschlägigen Beobachtungen beziehen sich auf die Schleimhäute des Auges. Steudener[1]) beschreibt ein Lymphangiom der Conjunctiva bei einem einjährigen Kinde. Es fand sich rings um die Cornea die Conjunctiva erhoben. Die Anschwellung war blassroth, oberflächlich sammtartig, elastisch und bestand seit der Geburt. Mikroskopisch (Figur) zeigte sich das ausgeprägte Bild eines Lymphangioms.

In einer neueren Arbeit von Sachs[2]) findet sich eine grosse Anzahl von Lymphgefässneubildungen am Auge zusammengestellt, von denen ich unter Fortlassung der Fälle von „Cysten der Conjunctiva" noch folgende hervorheben möchte: Michel[3]) erwähnt erbsengrosse Neubildungen an den Lidrändern, die sehr langsam wachsen. Nach der Abtragung fliesst Lymphe aus. Mikroskopische Schnitte zeigen Hohlräume mit Endothelien und Lymphe als Inhalt. — Alt[4]) beschreibt einen Fall, wo sich auf der Conjunctiva bulbi ein System von Canälen mit kleineren und grösseren Hohlräumen vorfand. Der Inhalt war Lymphe. Mikroskopisch (Figur) liess sich an den Hohlräumen nicht immer ein continuirliches Endothel nachweisen. Sachs fügt schliesslich eine eigene Beobachtung hinzu, wo am inneren intermarginalen Theil des oberen Augenlides bei einem 21jährigen Mann sich vier kleinste, nadelkopfgrosse Bläschen zeigten. Sonst war die Haut ganz normal. Die mikroskopische Untersuchung (Figur) ergab typische Lymphraumbildung.

Ueberblicken wir die zusammengestellten Lymphgeschwulstformen, so lässt sich nicht verkennen, dass zwischen den einzelnen Formen wesentliche Verschiedenheiten existiren, die es auf den

---

[1]) Virchow's Arch., 59, S. 413, 1874.

[2]) Ziegler, Beiträge, V., 1., 1889.

[3]) Gräfe-Sämisch, IV., Theil II, S. 422.

[4]) Compend. d. Histol. d. Auges, S. 69.

ersten Blick fast ungerechtfertigt erscheinen lassen, sie alle unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte zu betrachten; und doch habe ich bei der Auswahl noch eine Reihe verwandter Fälle unberücksichtigt gelassen, die als Uebergangsformen zu einer der oben erwähnten Gruppen erschienen. Aber unsere Kenntnisse reichen vorläufig nicht aus zu einer genaueren Classification. Die wesentlichste Schwierigkeit besteht darin, dass es nicht möglich ist, eine scharfe Grenze zwischen Lymphangiektasie und Lymphangiom zu ziehen. Die Lehrbücher der pathologischen Anatomie betonen alle diese Schwierigkeit, ohne wesentliche Unterscheidungsmerkmale anzuführen. Nur Birch-Hirschfeld[1]) will die Bezeichnung Lymphangiom nur dann für berechtigt halten, wenn „die Geschwülste durch erweiterte Lymphgefässe gebildet werden, welche normaler Weise an der betreffenden Stelle nicht präformirt sind“. Und diese Ansicht entspricht jedenfalls am meisten den herrschenden allgemein pathologischen Grundsätzen. Danach wäre also das Hauptgewicht nicht allein auf die Neubildung von Lymphgefässen zu legen, sondern es wäre gleichzeitig der Nachweis zu liefern, dass diese Neubildung an Stellen stattfindet, wo normaler Weise keine Lymphgefässe existiren. Ist aber schon der Nachweis einer Lymphgefässneubildung schwierig und oft kaum zu erbringen, so wird die zweite Forderung kaum je erfüllt werden können, da eben Lymphgefässe oder wenigstens Lymphspalten überall vorhanden sind. Dennoch wäre es verkehrt, diese Schwierigkeiten dadurch zu umgehen, dass man eine Lymphgefässneubildung überhaupt ausschliesst. Vielmehr scheint es andererseits vollkommen gerechtfertigt, von Lymphangiektasien nur dann zu reden, wenn irgend eine plausible Ursache für das Zustandekommen derselben, also Circulationshindernisse oder Erkrankungen der Wandelemente, die wir auch für das Zustandekommen der analogen Veränderungen an den Blutgefässen verantwortlich machen, nachgewiesen oder doch wahrscheinlich gemacht werden können. Das ist nun aber, wie Nasse mit Recht hervorhebt, für die meisten Fälle circumscripter Lymphgefässerweiterungen gar nicht möglich. Nasse verweist darauf, dass die zahlreichen Anastomosen, welche wir zwischen den feineren Lymphgefässen überall annehmen und verfolgen

---

[1]) Lehrb. d. pathol. Anatomie 1887, II., S. 142.

können, das Zustandekommen einer circumscripten Lymphstauung so gut wie ausschliessen. Beobachten wir doch niemals Lymphstauung nach operativer Entfernung der grössten Lymphdrüsenpackete und nach anderen Eingriffen, die grössere Lymphgefässe zur Verödung bringen! Ebensowenig pflegt bei der Metastasenbildung des Krebses Lymphstauung aufzutreten. Nur bei Unwegsamkeit der allergrössten Lymphgefässstämme, vor Allem des Ductus thoracicus, bildet sich diffuse Lymphgefässerweiterung aus. Nasse fügt hinzu, dass für die meisten Fälle der in Rede stehenden circumscripten Geschwulstformen gerade eine Communication mit den tieferen und grösseren Lymphgefässen durch den spontan oder bei Incision auftretenden reichlichen Lymphausfluss bewiesen werde. Indess scheint mir dieser letzte Punkt weniger beweiskräftig, weil eben auch in einem grösseren Bezirke Stauung oder erschwerte Circulation vorhanden sein kann, obwohl nur an umschriebenen Stellen makroskopisch sichtbare Erweiterung stattgefunden hat. Das Vorhandensein einer Lymphstauung völlig auszuschliessen, wird überhaupt für die meisten Fälle nicht möglich sein, auch wenn wir sie nicht erkennen können. Es scheint sogar umgekehrt unmöglich, sich die Vergrösserung eines vorhandenen oder gebildeten Raumes ohne Druck von innen zu erklären. Nur dass die Lymphstauung die erste und einzige Ursache der Entwickelung jener umschriebenen Lymphgefässerweiterungen bilden sollte, ist unwahrscheinlich, und man kann, wie ich meine, Nasse nur Recht geben, wenn er mit Langhans[1]) und Esmarch und Kulenkampf[2]) die Ursache jener Geschwulstbildungen in localen Gewebsveränderungen sucht. Insbesondere gilt das für die von uns beschriebenen Formen.

Fragt man nun weiter, welcher Art diese Veränderungen seien, so ergeben sich sofort neue Schwierigkeiten. Nasse kommt durch Vergleich mit den analogen Veränderungen der Blutgefässe zu dem Schluss, dass ein grosser Theil der Lymphgefässgeschwülste, vor Allem die cystoide Form, seine Entstehung embryonalen Entwicklungsstörungen verdankt. Wenn das auch richtig ist, so ist damit die Schwierigkeit nur weiter zurückdatirt. Denn welcher Art waren diese Entwicklungsstörungen? Es kommt darauf an, welchen

[1]) Virchow's Arch., 75.

[2]) Die elephantiastischen Formen, Hamburg 1885.

Modus der Entstehung man annehmen will. Im Wesentlichen sind bisher drei Ansichten geäussert: Rindfleisch[1]) meint, dass durch Umwandlung jungen Bindegewebes in festes Gewebe in der Umgebung der Gefässe Retraction stattfindet, wodurch diese erweitert werden. Wegner hat sich auf Grund seiner Beobachtung für die Möglichkeit einer homöoplastischen Bildung von den Endothelien der ursprünglichen Lymphgefässe aus erklärt. Als letzter Modus wird die Entstehung neuer Lymphgefässe aus jungen Bindegewebszellen von Virchow,[2]) Billroth,[3]) Winiwarter[4]) und Weichselbaum[5]) angenommen. Hält man sich streng an die oben aufgestellten Unterschiede zwischen Lymphangiektasie und Lymphangiom, so wären die nach den beiden erstgenannten Modi entstehenden Formen jedenfalls zu den Lymphangiektasien, die anderen allenfalls zu den Lymphangiomen zu rechnen. Was nun die Ansicht von Rindfleisch, der sich Czerny[6]) anschliesst, betrifft, so ist eine derartige Entstehungsweise nicht nur sehr schwer verständlich — denn wo sollte der fixe Punkt für die Retraction angenommen werden, wenn keine Schrumpfung stattfindet? — sondern auch schwer nachzuweisen. Jedenfalls kann der Mangel eines continuirlichen Endothels, den viele Autoren hervorheben, nicht dafür angeführt werden, und ebensowenig eine grössere oder geringere Bindegewebsvermehrung, die ebensogut irgend einen anderen Modus begleiten kann. Es müsste eine Infiltration in der Umgebung der Lymphgefässe und eine Umbildung der jungen Zellen in fixe Bindegewebszellen gesehen werden können. — Eine Wucherung der Endothelien, die dem zweiten Modus entsprechen würde, wurde einmal von Wegner beschrieben. Nasse glaubt in einigen Fällen Aehnliches gesehen zu haben. Aber eine primäre Erweiterung eines Lymphraumes von der Wandung aus kann nur bei gleichzeitigem Druck von innen oder Zug von aussen überhaupt möglich sein!

Am meisten spricht meiner Ansicht nach für den dritten

---

[1]) Lehrb. d. path. Histol., Leipzig 1886, S. 149.

[2]) Virchow's Arch., VII.

[3]) Beiträge z. pathol. Histol., Berlin 1858.

[4]) v. Langenbeck's Arch., XII.

[5]) Virchow's Arch., 64.

[6]) Siehe Gjorgjević, l. c.

Modus die Neubildung der Lymphgefässe und Lymphgefässräume aus Bindegewebszellen. Ich möchte in dieser Hinsicht zunächst auf meine eigenen mikroskopischen Befunde verweisen. In beiden Fällen liessen sich deutlich isolirte Herde junger Zellen im Bindegewebe zwischen den Hohlräumen nachweisen. Analysirte man dieselben genauer, so zeigte sich oft mit grosser Deutlichkeit die Differenzirung in langgestreckte schmale Zellenzüge und runde, ganz den Lymphkörperchen gleichende Zellen. Hinzu kommt, dass sie sich am meisten in der Umgebung der eigentlichen Hohlräume fanden, und dass die kleineren Lymphspalten oft ganz von Rundzellen ausgefüllt waren. Eine Infiltration des Bindegewebes mit Rundzellen war nicht vorhanden, nur zeigten sich einzelne Zellen an der Wandung der kleinsten Gefässe. Hin und wieder fanden sich auch junge Zellen zu Strängen angeordnet, die am Ende geradezu in eine Lymphspalte überzugehen schienen. (Siehe Figur 2, Taf. XVI.) Ich weiss nicht, wie man sich die Anwesenheit dieser Zellenhaufen besser verständlich machen wollte, als indem man sie zu der Hohlraumbildung in Beziehung bringt. Man kann sich sehr gut vorstellen, dass eine Communication dieser Zellstränge mit Lymphgefässen gebildet werde: die vorhandenen Lymphkörperchen werden weggeschwemmt und es bleibt der Hohlraum, der nun einen Lymphraum darstellt. Doch ich verkenne nicht, dass zu einem sicheren Nachweis der Lymphraumbildung mehr gehört. Wichtig aber ist es jedenfalls, dass dieser Befund nicht allein von mir, sondern von sehr vielen Beobachtern gemacht worden ist, die in neuerer Zeit der mikroskopischen Untersuchung jener Geschwülste grössere Aufmerksamkeit zugewendet haben. Vor Allem Nasse. Er sah diese Zellenanhäufung wiederholt und sagt:[1]) „Man sieht in ihnen oft feine Spalten, welche glatte Zellen mit glatten ovalen Kernen, ähnlich den Endothelien, aufweisen und bei denen eine Communication mit den grösseren Lymphspalten bisweilen sich nachweisen liess.“ Zellenanhäufung hat ferner Hutchinson jun.[2]) gesehen und auch Kaposi[3]) erwähnt ihren Befund. Ebenso erwähnt Wegner bei Besprechung des vierten Falles von Maas Gruppen von Rundzellen und solide Zellstränge. Wenn viele ältere

[1]) l. c. S. 650.
[2]) Siehe Morris l. c.
[3]) l. c.

Forscher nichts Aehnliches anführen, so muss berücksichtigt werden, dass vielleicht der mikroskopische Befund nicht genau genug erhoben, oder die Umgebung der Hohlräume, wo sich, wie oben hervorgehoben, die Zellenanhäufung am reichlichsten findet, nicht genug durchmustert wurde.

Nach alldem kann ich mich nicht der Ansicht verschliessen, dass wenigstens ein grosser Theil der Geschwulstformen, von denen ich hier gesprochen habe, durch heteroplastische Neubildung entsteht, also zu den echten Lymphangiomen gehört. Keineswegs lässt sich das natürlich für alle angeführten Fälle ohne Weiteres behaupten: Es bedarf noch mancher erneuten Beobachtung, um das sicher zu stellen. Vor Allem muss man sich auch dessen klar bewusst bleiben, dass damit immer nur der Anfang der Lymphraumbildung erklärt wäre. Ob bei der weiteren Vergrösserung der Räume nicht doch Druckverhältnisse mitspielen, bleibt unentschieden und nach dem Gesagten sogar wahrscheinlich. Wenn aber, wie ich eben gezeigt habe, Gründe genug vorhanden sind, jene besprochenen Lymphgeschwulstformen unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte zu betrachten, und wenn, wie die weitere Untersuchung gezeigt hat, nicht ein einziges greifbares Moment gefunden werden kann, das eine dieser Formen unter die Lymphangiektasien einreihen würde,[1]) so scheint es mir zweckmässig, diese Gruppe unter dem Namen Lymphangioma simplex zusammenzufassen und sie den oben aus der Betrachtung ausgeschiedenen Gruppen als die umfassendste und vorläufig schlechtest charakterisirte an die Seite zu stellen. Nur die Formen können aus dieser Classe ausgeschieden werden, welche einerseits deutlich Lymphangiektasien darstellen oder andererseits durch genügende — hier allerdings conventionelle — Merkmale als Lymphangioma cavernosum sich repräsentiren. Für die übrigen scheint es vorläufig am zweckmässigsten, den heteroplastischen Ursprung durch Umbildung neuer Bindegewebszellen als wahrscheinlich anzunehmen.

---

[1]) Während der Drucklegung erschien die Arbeit von Eger (Deutsche med. Wochenschr. 1890, Nr. 24). Nach derselben ist es nicht unwahrscheinlich, dass für gewisse Formen (z. B. den Fall von zur Nieden, S. 542) allgemeine venöse Stauung die Ursache abgibt. Diese würden also dann zu den Lymphangiektasien zu rechnen sein.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel XVI.

Fig. 1. Senkrechter Schnitt durch das Lymphangioma cutis. Gefärbt mit Boraxcarmin. Vergrösserung: Leitz. Obj. 3. num. Apert. 0·26. Zeichenapparat von Oberhäuser.

a Stratum corneum.

b Rete Malpighi.

c Lymphräume, theilweise mit fein granulirter Masse gefüllt.

d Zellhaufen.

x cf. Fig. 2.

Fig. 2. Partie aus dem Zellhaufen *x* der Fig. 1. Vergrösserung: Leitz. Obj. 8. num. Apert. 0·83.

a Rete Malpighi.

b Beginnende Hohlraumbildung.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Horovitz u. Zeissl: Lymphgefässe der männl. Geschlechtstheile.

Lith. Anst. v. Th. [illegible]



Aus dem anatomischen Institute des Prof. Dr. C. Toldt.

Zur Anatomie der Lymphgefässe der männlichen Geschlechtstheile.

Von

Dr. M. Horovitz und **Dr. M. v. Zeissl** in Wien.

(Hiezu Tafel XVII.)

Während der Verlauf und die Endigung der Lymphgefässe des Hodens seit langer Zeit bekannt sind, fehlte bisher eine genauere Kenntniss darüber, ob das Vas deferens mit Lymphgefässen versehen sei oder nicht.

Nur Sappey liefert, soweit uns die Literatur bekannt ist, eine diesbezügliche Angabe. Er schreibt das Folgende: „Mes recherches, m'autorisent donc à considerer le canal déferent comme pourvu de cet ordre de capillaires sur toute sa longueure, mais abondant et bien évident à ses deux extremités, infinement plus rares et plus ténus sur la portion moyenne". Diese Lymphgefässe sollen nach Sappey aus der Tunica muscularis entspringen, da sie sich nach Anstechen derselben mit Quecksilber füllen. An der Schleimhautfläche des Vas deferens konnte Sappey niemals Lymphgefässe nachweisen.

Es gelang uns, im Verlaufe unserer Untersuchungen über die Saugadern der männlichen Genitalien ein bisher unbekanntes Lymphgefäss des Vas deferens nachzuweisen. Als Injectionsflüssigkeit benützten wir Berlinerblau. Zur Ausführung der Injection bedienten wir uns der Pravaz'schen Spritze, deren Stachel möglichst oberflächlich unter die Albuginea des freigelegten Hodens

eingestochen wurde. Mit Quecksilber liess sich das Lymphgefäss des Vas deferens selbst unter dem stärksten Drucke nicht füllen. Um das in Rede stehende Lymphgefäss in seiner ganzen Länge darzustellen, mussten wir an der medialen Fläche des Hodens einstechen und ein so grosses Quantum Berlinerblau eintreiben, als zur prallen Füllung des Hodens nothwendig war.

Die schon längst bekannten, mit den Blutgefässen im Samenstrange verlaufenden Lymphgefässe des Hodens, von denen wir in der Regel 4—6 fanden, ziehen retro-peritoneal über den Musculus psoas hinweg in die Nierengegend, wo sie in Lymphknoten enden, welche in der Höhe des zweiten und dritten Lendenwirbels gelagert sind. Einen anderen Weg nimmt selbstverständlich die Saugader, welche dem Vas deferens zugehört. Wenn uns ein Einstich an der medialen Fläche des Hodens gelungen war, füllte sich ein feines Netzwerk, welches mehrere Lymphgefässstämmchen abgab, die sich am Schweife des Nebenhodens zu einem Lymphgefässe vereinigten. Dieses legt sich dem Vas deferens dicht an und begleitet es durch den Leistencanal und folgt ihm auch weiter bis unter den Peritonealüberzug der Blase. Sobald die Saugader des Vas deferens unter den Peritonealüberzug der Blase gelangt ist, zeigt sie ein verschiedenes Verhalten in Beziehung ihrer Lagerung zum Vas deferens und des ihr zugetheilten Lymphknotens. Diese Saugader nähert sich einmal mehr, einmal weniger der Ampulle des Vas deferens und endigt in einem bald grösseren, bald kleineren Lymphknoten, welcher an der Seitenwand des Beckens in der Nähe der Vena iliaca externa gelegen ist.

Die beigegebenen 4 Abbildungen zeigen 4 Präparate, welche 3 verschiedenen Leichnamen entnommen wurden. Fig. 1 zeigt dem betrachtenden Auge die mediale Fläche des Hodens zugewendet. Von dieser ist ein Theil der Albuginea abgelöst, so dass man ein feines Netzwerk sieht, welches sich zu einem einzigen grossen Lymphgefäss sammelt. Dieses ist an die nach links vom Betrachtenden zurückgeschlagene Albuginea angeheftet, und folgt dem Verlaufe des Vas deferens, dasselbe spiralig umgreifend. Die Endigung in einen Lymphknoten konnte, da sich das Lymphgefäss nicht in seiner ganzen Länge gefüllt hatte, nicht nachgewiesen werden.

Fig. 2 zeigt abgebunden und auf dem Darmbeinteller auf-

liegend die bekannten Lymphgefässe des Samenstranges. Das von uns gefundene Lymphgefäss des Vas deferens folgt diesem und steigt bis zur Ampulle desselben hinab, um dann im Bogen nach hinten oben und auswärts zu ziehen und in einem Lymphknoten zu enden, welcher unter der Vena obturatoria liegt.

Fig. 3 stellt die linke Beckenhälfte desselben Individuums dar. Das Lymphgefäss, welches das Vas deferens begleitet, verlässt hier dasselbe an der Stelle, an welcher es sich an die hintere Blasenwand anlagert, und endet jenes in einem kleinen Lymphknoten ober der linken Vena iliaca externa.

Fig. 4 ist nach dem Präparate, welches von einem dritten Individuum gewonnen wurde, dargestellt, und zeigt ähnliche Verhältnisse wie Fig. 3.

Wir konnten das erwähnte Lymphgefäss in 10 verschiedenen männlichen Cadavern nachweisen, und ist dasselbe als ein constantes Gebilde zu bezeichnen.

Von den Samenbläschen nimmt es keine Zweige auf.





Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 4.

Fig. 3.

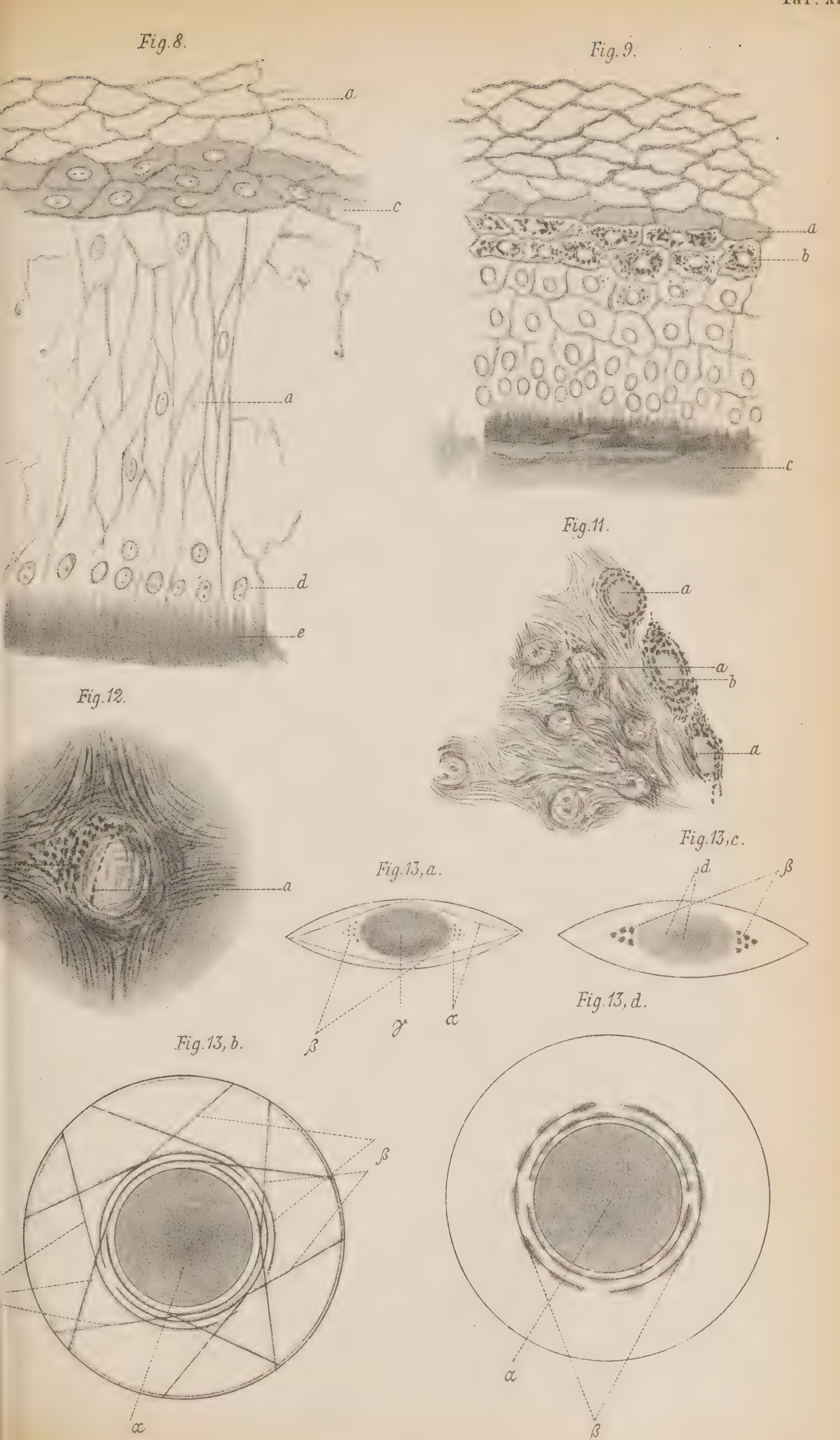
Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 5.

Fig. 10.

Taf. XVIII.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth, Wien.



Zur pathologischen Anatomie der Psoriasis nebst einigen Bemerkungen über den normalen Verhornungsprocess und die Structur der Stachelzelle.

Von

Dr. med. Ernst Kromayer,

Privatdocent für Dermatologie an der Universität Halle.

(Hiezu Tafel XVIII.)

Die Schuppenflechte gilt als die häufigste Hautkrankheit. Die Schriften über dieselbe sind Legion. Trotzdem ist über die klinischen Symptome keine volle Einigung [a]) erzielt, ist ihre Stellung im pathologischen System nicht sichergestellt, ist ihre Aetiologie völlig unaufgeklärt und herrschen selbst über die pathologische Anatomie die widersprechendsten Angaben.

In dieser Hinsicht ist die Arbeit von Ries [b]) von grossem Interesse, die eine kritische historische Uebersicht über die pathologische Anatomie der Psoriasis gibt. Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, auch nur kurz die Wandlungen zu besprechen, welche die Ansichten im Laufe der Jahre erfahren haben; ich verweise diesbezüglich auf die erwähnte Arbeit von Ries. Ich will nur im Folgenden kurze Auszüge aus den neuesten Arbeiten über diesen Gegenstand und aus den jetzt üblichen Lehrbüchern

---

[a]) Ich führe statt vieler, folgendes Beispiel an: Nach Auspitz (System der Hautkrankheiten. S. 128) stellen die Psoriasisplaques nach Entfernung der Schuppen eine Depression dar, während andere Lehr- und Handbücher von flachen papulösen Erhabenheiten nach Entfernung der Schuppen sprechen. (Hebra, Lesser).

[b]) Die pathologische Anatomie der Psoriasis. Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1888, S. 521.

der Dermatologie geben, um den gegenwärtigen Stand der Lehre präcisiren zu können und alsdann auf Grund eigener Untersuchungen eine Widerlegung oder Bestätigung der einzelnen jetzt herrschenden Theorien zu versuchen.

Kaposi: [c]) Der anatomische Befund lehrt, dass die Psoriasis örtlich eine vorwiegend die Papillarschicht betreffende, entzündliche Veränderung der Haut zu Grunde liegt. Auf mikroskopischen Durchschnitten vom Lebenden excidirter frisch psoriatischer Hautstücke findet man die Schleimschicht mächtig entwickelt, innerhalb der Papillen die Gefässe und die Maschenräume erweitert und reichlich Zellen eingelagert, besonders um die ersteren, an deren Wand auch das Netzwerk verdichtet erscheint.

H. v. Hebra: [d]) Wir werden daher die Psoriasis als eine durch quantitative Vermehrung und qualitative Alienation des gesammten Epidermisstratums hervorgerufene, locale Epithelwucherung auffassen, durch deren Druck auf die Unterlage es zu Erscheinungen der Stauung in den Blutgefässen, zu vermehrter Röthe, zum Durchtritt von geformten Elementen, zur Erweiterung und Schlängelung der Gefässe und consecutiv zu einer gewissen Verlängerung der Papillen kommt.“

F. Hebra: [e]) „Wie schon die klinischen Erscheinungen lehren, so bestätigt auch der histologische Befund, dass bei der Psoriasis eine die Papillarschicht betreffende, jener bei Entzündung vergleichbare Veränderung sich vorfinde.“

Lesser: [f]) „Die anatomische Untersuchung bestätigt zunächst, dass die Schuppen lediglich aus verhornten Epidermiszellen bestehen. Ferner findet sich regelmässig eine beträchtliche Veränderung des Papillarkörpers. Die Papillen sind ausserordentlich verlängert, erscheinen dabei wie gequollen, ödematös und hyperämisch, dementsprechend sind die interpapillären Zapfen des Rete Malpighi stark verlängert.“

Neumann: [i]) „Wie nun aus diesem Befunde hervorgeht, ist die Psoriasis als eine Erkrankung der obersten Schicht des Coriums

---

c) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, 1883, S. 391.

d) Die krankhaften Veränderungen der Haut, 1884, S. 371.

e) Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1874, S. 348.

f) Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1887, S. 32.

i) Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1873, S. 263.

und des Papillarkörpers aufzufassen, welche mit beträchtlicher Zellenwucherung einhergeht, bei welchem auch die Papillen bedeutend vergrössert erscheinen.“

Behrend[g]) führt nur die Ansichten anderer Autoren an, ohne sich selbst zu entscheiden.

Auspitz[h]) . . . . folgende Momente:

„1. Die Psoriasis ist keine entzündliche Hautaffection.

2. Was als activ entzündlicher Vorgang in der Papillarschicht der Lederhaut beschrieben wird, ist theils blosse Blutüberfüllung und Stauung in den Gefässen, theils eine geringe Volumszunahme der Papillen, entsprechend dem geringen Auswachsen der interpapillären Retezapfen nach abwärts.

3. Die Vorgänge in der Epidermis bei Psoriasis sind neben mässiger Zunahme des Wachsthumsprocesses der jungen Epidermiszellen in erster Linie eine Anomalie des Verhornungsprocesses, in dem sich schnellere, aber zugleich unvollkommenere Hornumwandlung der Epidermiszellen erkennen lässt. . . . . . Die Verhornungsanomalie ist somit von einer mässigen Wachsthumsanomalie der jungen Epidermisschichten begleitet.“

Ziegler:[k]) „Die histologischen Veränderungen bei Psoriasis betreffen im Wesentlichen das Epithel, den Papillarkörper, sowie die höheren Lagen des Coriums. Die beiden letzteren sind mehr oder weniger kleinzellig infiltrirt. Was das Epithel anbetrifft, so erscheint die Schleimschicht stärker als normal entwickelt, namentlich zwischen den Papillen. In den höheren Lagen der Epidermis ist der Verhornungsprocess gestört. Die Epithelumwandlung hat mehr den Charakter einer Vertrocknung unter gleichzeitiger Lockerung des Zusammenhanges der Zelllagen.“

Rindfleisch:[l]) „Alles erwogen, kann unser Urtheil über das Wesen des squamösen Exanthems nur dahin gehen, dass hier auf entschieden entzündlicher Basis eine Neubildung vor sich gehe, welche zwar einen sehr erheblichen quantitativen, aber — abgesehen von der Nichtvollendung des Verhornungsprocesses —

---

g) Behrend: Lehrbuch der Hautkrankheiten, S. 263.

h) System der Hautkrankheiten, 1881, S. 129.

k) Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie, 1885, S. 136.

l) Rindfleisch: Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre, 1878, S. 253.

keinen qualitativen Excess der normalen Epidermisbildung darstellt." — In der VI. Auflage seines Lehrbuches beschreibt er einen einmaligen Befund einer Neuritis peripherica derjenigen Nerven, die zu den von Psoriasis befallenen Stellen ziehen, und möchte diesen Befund in ursächliche Beziehung zur Psoriasis bringen.

Loewe:[m]) „Man muss die Psoriasis, weil das Wesentliche des Processes in einer Proliferation des Stratum lucidum (!) besteht, zu den Keratosen rechnen. Ich möchte aber nicht wie Auspitz die Psoriasis als Para-, sondern als Hyperkeratose betrachten. Denn nicht der gestörte Chemismus der Verhornung, sondern die übermässige Bildung von Elementen des Stratum lucidum ist das Wesentliche der ganzen Sache."

Ries[b]) (l. c. S. 714): „Wenn ich mich zum Schlusse auf eine Hypothese einlassen soll, so ist es die, dass keine der gegebenen Theorien allein das Wesen der Psoriasis erschöpft; man wird die Theorien verbinden müssen, um zu einem in sich abgeschlossenen Ganzen zu gelangen. Geht man von einer Constitutionsanomalie aus, die durch die vielfachen Beobachtungen über Vererbung bei Psoriasis nahegelegt wird, so wird man leicht aus den hierauf beruhenden Veränderungen in den obersten Hautschichten die Veränderungen in den tiefern ableiten können; der vermehrte Druck ruft Faltung des Rete und diese wieder Hyperämie, Stauung in den tieferen Schichten hervor; so werden veränderte Ernährungsbedingungen geschaffen, und aus ihrer Wechselwirkung entsteht die lange Dauer und die fortwährende Erneuerung des Uebels."

Weyl:[n]) „. . . So ergibt die Beobachtung der frischesten Efflorescenzen stets vor dem merkbaren Auftreten von Schuppen Röthung des Papillarkörpers, und eine weitere Unterstützung der Annahme, dass die Psoriasis keine primäre Erkrankung des Rete ist, scheint mir in der Beobachtung zu liegen, dass sie nie . . . auf Narben entsteht."

Robinson und Jamieson:[o]) The first step in the diseased

---

m) Zur Anatomie der Psoriasis. Mitth. aus der dermat. Klinik der Charité zu Berlin, herausgegeben von Schweninger, 1887.

n) Anomalien der Epidermis. Ziemssen's Handbuch der Hautkrankheiten, Bd. 1, S. 502.

o) Med. Journ. 1879, S. 622. Edinburgh.

process is taken by the cells of the rete Malpighi, which lie next the derma, and not by the papillae.

Die Ansichten über die pathologische Anatomie der Psoriasis lassen sich nach den gegebenen Auszügen in zwei Gruppen vereinigen, die sich schroff einander gegenüber stehen.

Die eine, zu welcher Auspitz, v. Hebra, Loewe, Robinson, Jamieson gehören, sehen gemeinsam das Wesen der Psoriasis in einer primären Erkrankung der Epidermis, unterscheiden sich aber untereinander wieder erheblich in der Auffassung dieser primären Erkrankung. Die andere Gruppe, zu welcher Hebra, Kaposi, Neumann, Rindfleisch, Weyl gehören, halten krankhafte Veränderungen der Papillarschicht der Cutis für das primäre und ursächliche in der Psoriasis. Sie unterscheiden sich von einander nur insofern, als Kaposi und Rindfleisch diese Veränderungen als entzündliche bezeichnen, während Hebra von einer „der Entzündung vergleichbaren“ Veränderung spricht und Neumann und Weyl dieses Wort überhaupt vermeiden.

Die Ansichten von Ries, Lesser, Ziegler sind zu wenig scharf formulirt, als dass man sie verwerthen könnte, und Behrend hat eine eigene Ansicht nicht ausgesprochen.

Der unvermittelte Gegensatz in den Ansichten über die Schuppenflechte resultirt, wie ich glaube, theils aus allgemeinen theoretischen Erwägungen, theils aus mikroskopischen Befunden, die von den einzelnen Forschern verschieden gedeutet worden sind, endlich auch aus den Verschiedenheiten der einzelnen Psoriasisplaques selbst. Diese sind, wie ich hier vorausnehmen muss, durchaus nicht alle untereinander in anatomischer Beziehung gleichwerthig, sondern unterscheiden sich je nach dem Alter und der Intensität des Processes ebenso sehr, wie die klinischen Formen der Psoriasis.

Bei den Krankheiten der Haut sind wir gegenüber den inneren Organen in der günstigen Lage mit dem Auge die Krankheit sich entwickeln zu sehen und die einzelnen Stadien genau verfolgen zu können. Diesen Vortheil darf man sich bei pathologisch-anatomischen Untersuchungen nicht entgehen lassen. Wir können durch Excision am Lebenden junge und vorgeschrittene Stadien beliebig der Untersuchung zugänglich machen und wissen von Vornherein, welche Stadien der Krankheit gerade untersucht

werden, während wir dieses bei Krankheiten der inneren Organe aus den Veränderungen selbst erst erschliessen müssen.

Von diesem Gesichtspunkte aus excidirte ich am Lebenden verschieden alte Psoriasis-Efflorescenzen, um dieselben einer genauen makro- und mikroskopischen Untersuchung zu unterwerfen. Die Excision würde immer derart vorgenommen, dass mit der erkrankten auch gesunde Haut gewonnen wurde, um eine Vergleichung zu ermöglichen. Nach der Excision wurden die excidirten Hautstücke aufgezeichnet mit genauem Vermerk der Lage und der Grösse der einzelnen Efflorescenzen in dem excidirten Hautstückchen.

Alle Hautstücke wurden sofort in absolutem Alkohol fixirt.

Ich gebe nachstehend die klinischen Notizen der betreffenden Psoriatiker, wie sie in den Krankenjournalen der Breslauer Universitätshautklinik aufgezeichnet waren. Herrn Prof. Neisser spreche ich für die Erlaubniss, dieselben benützen und veröffentlichen zu dürfen, meinen besten Dank aus.

1. Ratsch G., 42 Jahre alt, Lohngärtner.

Anamnese: Angeblich hereditär nicht belastet. Patient bis vor 2 Jahren immer gesund gewesen. Das jetzige Leiden datirt seit dieser Zeit, fing am Ellbogen an und verbreitete sich allmälig über den ganzen Körper.

Status praesens: 19. November 1889. Beide Beine und Arme fast in Totalität mit weissen Hornlamellen gedeckt, unter denen geröthete infiltrirte Haut. Auf Brust, Bauch und unteren Rückenpartien zahllose verschieden grosse Psoriasisflecke. Auf dem behaarten Kopf zahlreiche weisse Schuppen auf gerötheter Basis.

20. bis 28. November, Chrysarobinbehandlung. 28. November, Haut gereizt. 29. November, über der ganzen vorher nicht von der Psoriasis befallenen Haut eine Eruption kleinster rother Flecke und kleinster Knötchen. Excision von 2 bohnengrossen Hautstücken auf dem Rücken, die zahlreiche kleinste rothe Pünktchen und Flecke aufweisen.

2. bis 12. December, Fortsetzung der Chrysarobinbehandlung. Eine handtellergrosse Hautfläche auf dem Rücken wird durch Pflaster und Collodium vor der Einwirkung des Chrysarobin geschützt.

12. December, Excision zweier Knötchen aus der geschützten Hautstelle, die Halblinsengrösse besitzen.

2. Haase C., 32 Jahre alt, Brauerei-Arbeiter.

Anamnese: Die Psoriasis besteht seit langer Zeit. Vom Jahre 1884, in welchem Patient zum letzten Male in klinischer Behandlung stand, hat

er bis zum Sommer 1889 keinen Ausschlag gehabt. Die jetzige Affection begann an den Armen und Kniescheiben. Seit 8 Tagen verbreitete sie sich rasch über den ganzen Körper.

Status praesens: 14. Jänner 1890. Ueber den ganzen Rumpf, die Ober- und Unterextremitäten verbreitet, theils disseminirte, theils zu grossen Flächen haften Plaques angeordnete Psoriasiseruption mit dicken Schuppenbelag.

14. Jänner. Excision von 3 Hautstücken aus dem Rücken, kleinste bis halblinsengrosse Flecke enthaltend.

3. Epstein L., 23 Jahre alt, Kaufmann.

Anamnese: Psoriasis besteht seit Jahren. Vor 3 Jahren wurde Patient geheilt aus der Breslauer Klinik entlassen. Seit 5 Monaten jetzige Erkrankung.

14. Jänner 1890. Status praesens: Ueber den ganzen Rumpf, die Arme, am wenigsten die Beine verbreitete Psoriasiseruption. Es wechseln Stellen von Linsen- bis Fünfmarkstückgrösse ab, sämmtlich disseminirt. Auffallend ist das starke Befallensein der Achselhöhlen. Die rechte Seite des Gesichtes und des Nacken ebenfalls von nummulären Stellen befallen. Die Kopfhaut zeigt reichen Schuppenbelag.

15. Jänner 1890. Excision zweier Hautstücke, die stecknadelkopfgrosse bis linsengrosse Herde enthalten.

4. Morave G., 50 Jahre alt, Arbeiter.

Anamnese: Psoriasis besteht seit 7 Jahren. Patient ist schon mehrmals klinisch behandelt. Zum letzten Male im Frühjahre 1889. Das jetzige Leiden begann schon 8 Wochen nach seiner Entlassung aus der Klinik.

Status praesens: 20. December 1889. Auf den Oberextremitäten neben kleineren auch derbere infiltrirte Plaques, besonders auch an den Streckseiten und Dorsalseiten der Hände. Rücken, Nates und Unterextremitäten sind mehr von der disseminirten Form befallen. Auf dem Rücken speciell zahlreiche kleinste Flecke. Excision zweier Hautstücke mit mehreren kleinsten und einem linsengrossen Fleck.

5. Vogel K., 32 Jahre alt.

Psoriasis seit 7 Jahren bestehend, mehrere Male behandelt und geheilt, jetzige Eruption besteht seit 2 Monaten.

Status praesens: 22. Jänner 1890. Vorzüglich ausgebildete Psoriasis gyrata. Excision eines Hautstückchens am Oberschenkel, welches gesunde Haut, den psoriatischen Ring und die schon befallen gewesene, aber schon wieder abgeheilte Haut enthält.

6. Fränkel A., Geschäftsführer, 45 Jahre alt.

Anamnese: Psoriasis seit mehreren Jahren bestehend, schon mehrfach klinisch behandelt. Jetziger Ausschlag seit einem halben Jahre.

Status praesens: 21. Jänner 1890. An beiden Unterextremitäten ist die Haut in grösster Ausdehnung dunkelbraun verfärbt, stark infiltrirt und mit einem dicken Schuppenlager bedeckt. Zahlreiche Rhagaden. Oberextremitäten in ähnlicher Weise, nur minder stark befallen. Auf dem ganzen Rumpf neben grösseren auch zahlreiche kleine und kleinste frische Eruptionen, die der Angabe des Patienten zufolge seit 8 Tagen aufgetreten sind.

Excision von 3 Hautstücken, die mehrere kleine und kleinste Flecken enthalten.

7. Klinke Paul, Brauer, 19 Jahre alt.

Anamnese: Psoriasis seit einem halben Jahre bestehend, fing am Kopfe an.

Status praesens: 10. Jänner 1890. Ueber Rumpf und Arme zerstreut nummuläre Psoriasisplaques von Linsen- bis Thalergrösse, wenig infiltrirt. Grössere, zusammenhängende, infiltrirte Stellen an den Unterextremitäten. Starke Schuppenbildung auf dem Kopfe.

Excision von 2 Hautstücken, je einen linsengrossen Psoriasisfleck enthaltend.

8. Dollhopf. 24 Jahre alt, Wärter in der Hautklinik zu Breslau.

Anamnese: Psoriasis angeblich seit dem dritten Lebensjahre. Vielfach behandelt und geheilt.

Status praesens: 21. Jänner 1890. Ober- und Unterextremitäten zeigen grosse zusammenhängende Psoriasisflecken. An Brust und Bauch vereinzelte grössere, noch deutlich sich aus kleineren Flecken zusammensetzende Herde neben mässig zahlreichen, kleineren, rothen Flecken mit dünnen Psoriasisschuppen.

Excision mehrerer kleinster, ganz frisch[1]) entstandener Flecke auf dem Rücken.

9. Pietsch Anna, 16 Jahre alt, Dienstmädchen.

Anamnese: In der Familie keine Psoriasis. Ausschlag besteht bei der sonst gesunden Patientin seit 5 Monaten.

Status praesens: 20. Jänner 1890. Der Sitz der im Allgemeinen kleinen Efflorescenzen ist besonders die Streckseite der Arme und Beine, weniger der Rücken.

Excision zweier, mehrere kleinste Fleckchen enthaltender Hautstücke auf dem Rücken.

10. Gasser Clara, 11 Jahre alt.

Psoriasis seit 3 Jahren bestehend, mehrmals behandelt und geheilt.

---

[1]) Da ich den Kranken täglich beobachten konnte, so vermag ich mit einiger Sicherheit das Alter der excidirten Knötchen auf 2—3 Tage anzugeben.

Jetziger Ausschlag besteht seit 4 Wochen. Seit 8 Tagen verbreitet er sich über den ganzen Körper.

Status praesens: 17. Jänner 1890. Ueber beide Extremitäten, Rücken, Brust, Bauch zahllose verschieden grosse Psoriasisefflorescenzen. Excision zweier Hautstücke, welche viele miliare und submiliare Knötchen enthalten.

Wie aus den klinischen Notizen hervorgeht, haben wir bei Ratsch (1) eine vollkommen frische, einen Tag alte Psoriasiseruption nach Chrysarobinbehandlung [p]), bei Haase (2), Fränkel (6). Gasser (10) höchstens acht Tage alte Efflorescenzen, wahrscheinlich in den kleinsten Flecken noch jüngere Stadien. Die bei Dollhopf (8) excidirten Flecke haben sicher keine längere Dauer als drei Tage. Während die vorhergehenden acutere Psoriasiseruptionen darstellen, mit Ausnahme von Dollhopf, zeigen die übrigen mehr oder weniger chronischen Verlauf und ältere Stadien.

Makroskopische Untersuchung der Psoriasis-Efflorescenzen.

Durchschneidet man eine frisch excidirte Psoriasisefflorescenz, so stellt dieselbe auf dem Querschnitte eine je nach der Grösse der betreffenden Efflorescenz spindelförmig längliche Verdickung der obersten Hautschichten dar. Ein auch nur geringes Oedem habe ich nie beobachtet.

Auf dem Querschnitte von normaler Haut kann man mit blossem Auge zwei Schichten gut von einander abgrenzen, die Epidermis mit dem Papillarkörper und dem nächstliegenden weichen gefässreichen Bindegewebe und die derbe Cutis. Die Psoriasisefflorescenz stellt sich nun als eine Verbreiterung nur der ersteren Schicht dar und ist zum Mindesten ebenso scharf von der eigentlichen Cutis getrennt, wie ihre normale Umgebung. Durch diese Betrachtung gewinnen wir zwei Resultate, die uns die mikroskopische Untersuchung an gehärteten Objecten nicht ohne Weiteres liefert:

---

p) Durch Köbner und Wurtzdorfer wissen wir, dass Psoriasis künstlich bei Psoriatikern durch verschiedene äussere Hautreize erzeugt werden kann. Es liegt daher im Belieben eines Jeden, die nach Chrysarobinbehandlung auftretende Psoriasis universalis von ihrem ersten Beginn schon als Psoriasis oder als Reizeczem aufzufassen, das sich in Psoriasis umwandelt.

1. Der Psoriasisefflorescenz fehlt jegliches Oedem, jegliche flüssige Exsudation.[q])

2. Sie reicht nicht in die eigentliche Cutis.

Bevor ich zur mikroskopischen Untersuchung übergehe, bin ich genöthigt, auf die theoretische Eintheilung der Haut etwas näher einzugehen, da die jetzige für die pathologische Betrachtung wenig geeignet ist, so dass sich beim Niederschreiben dieser Arbeit das dringende Bedürfniss für mich herausstellte, eine Aenderung vorzunehmen.

Seit Langem unterscheiden wir in der Haut: Epidermis (Oberhaut), Cutis (Lederhaut) und subcutanes Gewebe. Diese Eintheilung ist entwickelungsgeschichtlich nur zum Theil richtig, da das subcutane Bindegewebe und die Cutis zusammengehören. Histologisch, physiologisch und pathologisch ist sie aber ganz unrichtig.

Histologisch sind die oberen gefässreichen Schichten der Cutis grundverschieden von der übrigen Cutis, sowohl was die eigentliche bindegewebige Textur anlangt, als auch was Blutgefässe, Lymphgefässe und Nerven anbetrifft. Ich kann hier nicht näher auf diese Unterschiede eingehen und verweise diesbezüglich auf die bekannten Lehrbücher der Anatomie.[r])

Physiologisch gehört der Papillartheil der Cutis zur Epidermis: er ist das ernährende Bindegewebe derselben. Zur eigentlichen Cutis hat er nur insoferne Beziehungen, als er unmittelbar an sie grenzt und die Gefässe und Nerven, die den Papillarkörper versorgen, durch die Cutis hindurchtreten. Ziehe ich eine Parallele

---

[q]) Ich befinde mich hier in Widerspruch mit den Angaben von Hebra, Kaposi, Neumann, überhaupt den Anhängern der entzündlichen Theorie (Seite 11). Diese haben, wie es scheint, auf das „geringe" (Hebra) Oedem aus den mikroskopischen Befunden der gehärteten Haut, geschlossen. Dass jedoch an gehärteten Objecten ein geringes (gewesenes) Oedem überhaupt nicht diagnosticirbar ist, dürfte bekannt sein.

[r]) Unna (Entwickelungsgeschichte und Anatomie der Haut, Ziemssen's Handb., Bd. 14, S. 1) sagt wörtlich: Da der Papillarkörper auch noch beim Erwachsenen in dem Reichthum an jungem Bindegewebe und der Vertheilung des fibrillären Gerüstes von der eigentlichen Cutis recht verschieden ist, und sich durch besondere Circulationsverhältnisse und Nervenapparate auszeichnet, so hätten wir mindestens dasselbe Recht, den Papillartheil von der Cutis abzutheilen, wie das subcutane Bindegewebe.

zu den inneren parenchymatösen Organen, so ist die Epidermis das Parenchym, der Papillartheil der Cutis das interstitielle Gewebe. Beide bilden zusammen ein Organ, das Hautorgan, dem verschiedene physiologische Functionen obliegen, von denen die eigentliche Cutis keinen Theil hat.

Mit der physiologischen Zusammengehörigkeit von Epidermis und Papillartheil der Cutis stimmen die pathologischen Thatsachen voll überein, die ihren allgemeinen Ausdruck in der Eintheilung der entzündlichen Hautkrankheiten in oberflächliche (den Papillartheil der Cutis betreffende) und tiefgreifende (die eigentliche Cutis und das subcutane Bindegewebe betreffende) gefunden hat. Anstatt vieler einzelner Thatsachen aus der Pathologie der Haut, möge es mir gestattet sein, folgenden Satz aus Unna's Entwickelungsgeschichte und Anatomie der Haut anzuführen. (S. 16)

„Der Papillarkörper der Haut, wie wir den oberflächlichen, an die Oberhaut grenzenden Theil der Cutis nennen, entwickelt sich im engsten Zusammenhange mit der Oberhaut und bleibt auch später mit dieser in beständiger Wechselwirkung, so dass es keine pathologischen Processe gibt, welche die Epidermis und den Papillarkörper allein beträfen."

Durch die Eintheilung in Epidermis und Lederhaut ist ein gewisser Gegensatz zwischen beiden geschaffen oder man ist sich doch wenigstens der Zusammengehörigkeit der Epidermis und des Papillarkörpers nicht als der eines Organes immer bewusst gewesen. Denn nur so glaube ich mir erklären zu sollen, dass in der Dermatologie so häufig, wie nirgends anderswo, von selbstständigen Epithelerkrankungen gesprochen wird: Hyperkeratosen, Parokeratosen, Keratolysen, Hyperakanthosen, Parakanthosen, Akantholysen.

An dieser mit den jetzigen pathologischen Anschauungen nicht in vollem Einklang stehenden Betrachtungsweise pathologischer Processe der Haut ist, wie ich überzeugt bin, die herrschende Eintheilung der Haut zum Theil mit Schuld. Ich glaube auch deshalb eine den histologischen, physiologischen und pathologischen Thatsachen entsprechende Eintheilung der Haut vorschlagen zu dürfen, die den Zusammenhang der Epidermis mit den oberen Schichten der Cutis scharf betont.

Da wir weiterhin durch die vorzüglichen Untersuchungen von

Blaschko[s]) wissen, dass Papillen an vielen Stellen der Haut gänzlich fehlen, so ist auch der Ausdruck „Papillarkörper“ für die obersten Schichten der Cutis nicht mehr zutreffend, und wir sind genöthigt, nach einem anderen Namen für dieselben zu suchen. Ich schlage Gefässhaut, Cutis vasculosa vor, um hiermit sowohl die hauptsächlichste Bestimmung: die Ernährung des Epithels, als auch den Gegensatz zu der gefässarmen Cutis auszudrücken, und reservire das Wort Papillarkörper für die Gesammtheit der Papillen an den Stellen der Haut, wo Papillen vorkommen.

Um ferner den Zusammenhang der Epidermis und der Gefässhaut als den eines Organes zu betonen, in welchem sich pathologische Processe, gleichwie in der Niere, Leber, Lunge, nicht abspielen können, ohne beide Theile, die Epidermis und die Gefässhaut, zu ergreifen, ist es nothwendig, einen gemeinsamen Namen für beide Theile zu suchen, zumal sich auch zur bequemen gegenseitigen Verständigung das gleiche Bedürfniss herausstellt. Ich wähle das Wort „Parenchymhaut“, um erstens damit auszudrücken, dass in derselben zwei Bestandtheile sind (Parenchym und Haut) und zweitens, um anzudeuten, dass die Beziehungen dieser Theile unter einander dieselben sind, wie die „parenchymatösen“ Organe.

Die menschliche Haut würde demnach folgendermassen eingetheilt:

1. Parenchymhaut (Cutis parenchymatosa).
   a) Epidermis, Oberhaut.
   b) Gefässhaut mit Papillarkörper (Cutis vasculosa).
2. Lederhaut, Cutis.
3. Subcutanes Bindegewebe (Hypoderm).

Mikroskopische Untersuchung der Psoriasisefflorescenzen.

Bei der Psoriasis sind so zahlreiche Befunde über einzelne Veränderungen jeglicher Gebilde und jeglicher Theile der Haut beschrieben worden, die ich berücksichtigen muss, dass ich der Uebersichtlichkeit wegen gezwungen bin, die einzelnen Hautschichten gesondert zu besprechen, um zum Schluss die Ergebnisse zusammenzufassen.

---

s) Beiträge zur Anatomie der Oberhaut. Arch. f. mikroskop. Anat., Bd. XXX, S. 495.

Die Reihenfolge ist nachstehende:

1. Lederhaut.
2. Parenchymhaut.
   a) Gefässhaut.
   b) Epidermis.
3. Schuppen.

1. Lederhaut.

Wie es die makroskopische Betrachtung erwarten lässt, finden sich gar keine oder nur geringe Veränderungen. Bei älteren Stadien (Vogel, Fränkel, Epstein) sind die Umgebungen der die Cutis durchsetzenden Gefässe in geringem Grade zellig infiltrirt. Ohne Mühe sind diese Veränderungen als secundäre von den viel bedeutenderen der Gefässhaut zu erkennen. Sie haben für die Auffassung der Psoriasis nur geringen Werth. Hiermit stimmen die meisten Forscher überein.

Nur Rindfleisch scheint anderer Ansicht zu sein. Er beschreibt in der VI. Auflage seines Lehrbuches (1 l. c.)[1] eine Perineuritis der die Cutis durchsetzenden Nerven, die er mit der Psoriasisefflorescenz in Zusammenhang bringt. Ich habe daraufhin drei Efflorescenzen (Haase, Epstein, Klinke) frisch untersucht und habe ein durchaus negatives Resultat erhalten. Ich muss daher den (einmaligen) Befund Rindfleisch' als zufälligen oder secundären betrachten.

2. Parenchymhaut.

a) Gefässhaut.

Bei den allerjüngsten Efflorescenzen (Gasser, Dollhopf, Ratsch), die sich klinisch nur durch Röthung kundgeben, findet man mikroskopisch (allerdings nur in seltenen Fällen) nichts. Da ich diese kleinsten Fleckchen durch Zeichnen sofort nach der Excision vermärkt hatte, so ist die Möglichkeit, dass ich dieselben bei der mikroskopischen Untersuchung verfehlt haben könnte, ausgeschlossen. In diesen allerfrühesten Stadien trifft man die Efflorescenzen sehr selten. Sie sind klinisch als solche nicht zu diagnosticiren. Aber der allmälige Uebergang dieser Hyperämien zu den typischen Efflore-

[1]) (1 l. c.) = Anmerkung 1, loco citato.

scenzen gibt die Gewissheit, dass es sich hier schon um Psoriasis handelt.

Weit häufiger findet man eine geringere oder grössere zellige Infiltration der Gefässhaut, die je nach der Acuität, Intensität und Dauer der Eruption sehr verschieden sein kann und im Allgemeinen mit diesen im gleichen Verhältnisse zunimmt. Bald sind vorwiegend nur die Papillen zellig infiltrirt, bald ziemlich gleichmässig die ganze Gefässhaut, bald hält sich die Infiltration zumeist an die nächste Umgebung der Gefässe. Letztere Modalität ist die bei Weitem häufigste (Fig. 2). Wenn der Schnitt nicht so wie hier die Gefässstämmchen der Länge nach getroffen hat, so gibt das Bild durchaus nicht so prägnant die Verhältnisse wieder und es kann der Eindruck hervorgerufen werden, dass die zellige Infiltration eine mehr gleichmässige ist. Auf diesen Umstand sind die etwas abweichenden Beschreibungen der einzelnen Autoren von der zelligen Infiltration der Papillarschicht zu schieben.

Indessen machen sich noch andere Momente geltend: Je jünger die Efflorescenz ist, desto deutlicher ist die perivasculäre Zellinfiltration, je älter sie ist, desto mehr ist dieser Typus verwischt.

Was nun die Formen der infiltrirenden Zellen anbetrifft, so gehören sie grösstentheils den mehrkernigen Rundzellen an und zwar wiederum umsomehr, je jünger die Efflorescenz und je intensiver und acuter der Process ist. Je älter der Psoriasisfleck, je langsamer er wächst, umsomehr treten die mehr kernigen, runden Elemente zurück, um einkernigen, runden und mit länglichen Kernen versehenen Zellen Platz zu machen.

Besonders zu bemerken ist, dass die Zellinfiltration nie eine so hochgradige wird, dass wir nach dem miskroskopischen Bilde von einer Eiterung oder einer Granulationsbildung zu sprechen in Versuchung gerathen wären. Es ist das für die Psoriasis ein durchaus charakteristisches und die Stellung der Psoriasis kennzeichnendes Moment, dass es nie zur Eiterung und nie zur Granulationsbildung kommt. Ich werde noch später auf diesen Punkt zurückkommen.

Die Herkunft der Rundzellen ist nach dem Gesagten unzweifelhaft das Gefässsystem und wir werden wohl nicht fehlgehen, wenn wir die mehrkernigen Rundzellen mit den Ehrlich'schen

neutrophilen Blutzellen identificiren. Eine Betheiligung der fixen Zellen konnte ich durch Nachweis von Kerntheilungsfiguren nicht constatiren. Indessen ist dieser negative Befund für ein passives Verhalten des Bindegewebes nicht beweisend. Wenn ich auch im Epithel durch gewöhnliche Vesuvinfärbung zahlreiche Mitosen fand, so können mir doch vereinzelte im Bindegewebe entgangen sein. Der sichere Nachweis von Kerntheilungsfiguren nach Flemming war aber bei der angewendeten Fixirung in absolutem Alkohol nicht möglich.

Für ein actives Verhalten des Bindegewebes spricht aber die Dickenzunahme der Gefässhaut, die nach der makroskopischen Betrachtung zu erwarten war (Fig. 1). Das mit Boraxcarmin vorgefärbte und nach Weigert[†]) nachgefärbte Präparat zeigt die dicken Bindegewebsbündel der Cutis in sattem Blau, während das feine Bindegewebe der Gefässhaut nicht gefärbt ist. Die Gefässhaut ist bei *b–b* stark gegen die gesunde Gefässhaut bei *aa* verbreitert. Die Cutisbündel bei *aa* gehen gleichmässig in die Strecke *b–b* über, ohne an der Erkrankung der Gefässhaut Theil zu nehmen.

Die Verbreiterung der Gefässhaut beruht auf der geschilderten zelligen Infiltration und einer Vermehrung des feinen Fasergerüstes.

An Stellen der Haut, wo der Papillarkörper wenig ausgebildet ist, wie an der Rücken- oder Nackenhaut,[1]) findet man an den erkrankten Stellen die schönsten und grössten Papillen, so wie sie normaler Weise überhaupt nicht in der Haut vorkommen. Die Form der Papillen ist eine sehr unregelmässige. Die beigegebenen Figuren geben davon nur eine annähernde Vorstellung, aber ich glaube von weiteren Abbildungen absehen zu können, da man sich aus diesen doch keine Vorstellung von der Form der Papillen machen kann, die in unserem Falle nur durch Serien von Flach-Querschnitten zu erlangen ist.

Die Thatsache eines ausgebildeten Papillarkörpers hat zu den

[†]) Methode zur Färbung von Fibrin und Mikroorganismen. — Fortschr. d. Med., 1887, Nr. 8.

[1]) Nach Blaschko (Beitr. z. Anat. d. Oberh., Arch. f. mikroskop. Anat., Bd. 30) kommen am Rücken nur Längsleisten mit kurzen Verbindungsbrücken vor.

verschiedensten Deutungen Veranlassung gegeben. Ich kann indessen hierauf nicht näher eingehen, bevor ich nicht die Veränderungen, die das Epithel erleidet, beschrieben habe. Denn eng mit allen Veränderungen des Papillarkörpers hängt das Verhalten des Epithels zusammen und eine Betrachtung der einen ohne die des anderen ist schlechterdings unmöglich.

Nur eines Punktes muss ich vorher Erwähnung thun, der fast von allen Beobachtern übereinstimmend angegeben wird: das Verhalten der Capillarschlingen in den Papillen. Schon Wertheim[u]) schildert dasselbe mit folgenden Worten: „in der pathologisch veränderten Papille bei Psoriasis gewinnen die Capillargefässe das Ansehen, als ob das erweiterte Rohr sich schlaff knicke und winde, während es seinen Zug zur Spitze der Papille fortsetzt, so zwar, dass es das Stroma derselben sowohl nach dem Profil, als nach den Querschnittpräparaten fast völlig auszufüllen scheint. Wertheim schliesst aus diesem Befund auf Ausdehnung der Capillaren durch Stauung des Blutes in Folge eines noch unbekannten Circulationshindernisses. Seitdem haben zahlreiche Autoren dasselbe gesehen, beschrieben und für die Psoriasis für wichtig gehalten. Ich schliesse mich, was das thatsächlich Beobachtete anbetrifft, Wertheim an, halte die Beobachtung jedoch durchaus für belanglos. Dieselbe Erscheinung trifft man überall dort, wo lange Papillen vorkommen, in normaler[1]) und pathologisch veränderter Haut.

Diese Erscheinung ist einfach genug zu erklären: Wenn ein Stückchen Haut excidirt wird, schrumpft es in Folge seiner grossen Elasticität bedeutend zusammen. Die Capillaren können nicht in gleichem Masse folgen, sie müssen sich daher in Falten legen. Sind nun die Capillarschlingen sehr gross und haben sie eine ganz

---

u) Wochenbl. d. Zeitschr. d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, 1862. 18. Jahrg., S. 373.

1) Unna sagt betreffs der normalen Papillargefässe (r l. c. S. 20) „Die Capillarschlinge besteht aus einem arteriellen und einem venösen Schenkel, welche etwas unterhalb der Papillenspitze in einander übergehen und je nach der Füllung mit Blut oder Injectionsmittel einerseits und der Retraction der Papille andererseits gestreckt oder geschlängelt verlaufen. Die Schlängelung kann einen solchen Grad annehmen, dass die Schlinge mit ihren spiraligen Windungen fast den ganzen Raum der Papille einnimmt".

bestimmte und bekannte Richtung, wie in den Papillen, so tritt diese Schlängelung im gleichen Verhältniss mit der Grösse der Capillarschlingen im mikroskopischen Bilde zu Tage und wird als Schlängelung erkannt. Ein begünstigendes Moment ist es wohl, wenn die Capillaren im Leben lange Zeit stark ausgedehnt waren und in Folge dessen zum Theil ihren Tonus verloren haben, wie wir es für die Psoriasis aus den klinischen Erscheinungen anzunehmen berechtigt sind. Schliesslich möchte ich noch die Härtung der Hautstückchen als ein Moment erwähnen, das geeignet ist, die Richtigkeit eines Urtheils über die Weite und Ausdehnung eines Gefässes sehr herabzusetzen.

Mir erscheint es daher aus den angeführten Gründen unstatthaft, aus der Schlängelung der Papillarschlingen Schlüsse auf das Verhalten der Gefässe im Lebenden zu ziehen. Ich glaube nur sagen zu dürfen, dass die Erscheinung der Schlängelung der Capillaren im mikroskopischen Bilde vortrefflich mit der klinischen Erscheinung der lang dauernden Hyperämie der Psoriasisefflorescenzen übereinstimmt.

b) Epidermis.

An den Psoriasisflecken, bei welchen in der Gefässhaut keine Veränderungen gefunden waren, sind auch keine solchen in der Epidermis zu registriren. Selbst beim Beginn der zelligen Infiltration der Gefässhaut fehlen in einer ganzen Reihe von Knötchen jegliche Veränderungen der Epidermis. Dieselbe zieht über die erkrankte Gefässhaut in derselben Weise, wie über die gesunde Haut der Nachbarschaft.

In der Mehrzahl der Fälle der noch ganz jungen Herde zeigt sich jedoch eine starke Proliferation der Epithelien, die ihren mikroskopischen Ausdruck in zahlreichen Mitosen findet. In einzelnen Herden sind sie so zahlreich, dass sie sich zum Studium eignen könnten. Die Beobachtungen Flemming's,[v]) dass sie immer in Gruppen zusammenliegen, kann ich für die mir vorliegenden pathologischen Verhältnisse nicht bestätigen. Ich habe zahlreichere einzelne Mitosen gefunden, als Gruppen von solchen. Die meisten liegen unmittelbar über der basalen Cylinderschicht,

[v]) Arch. f. mikroskop. Anat., 1884, Bd. 23, S. 148.

häufig auch in dieser selbst. Diese Proliferation steht im Allgemeinen im gleichen Verhältnisse mit den Vorgängen in der Gefässhaut, doch fand ich auch einige Male starke Proliferation ohne entsprechend starke Gefässhautveränderungen, während umgekehrt starke Gefässhauterkrankung bestehen kann, ohne sehr bedeutende Proliferation der Epithelien. In einem Falle (Gassert) war die Proliferation so stark und die neugebildeten Elemente waren so hinfällig, dass dieselben zerfielen. Ich glaube wenigstens auf diese Weise Bilder erklären zu sollen, die in der Mitte des stark gewucherten Rete Zelldetritus und Epithelien mit ungefärbten Kernen aufwiesen, umgeben von äusserst zahlreichen Mitosen. Ich hätte jedoch dieser nur einmal beobachteten Erscheinung nicht Erwähnung gethan, wenn nicht Thin[w]) dasselbe beobachtet hätte. Dieser lässt den durch den Zerfall der Epithelien freigewordenen Platz durch Bindegewebe einnehmen, während die angrenzenden Epithelien weiter wuchern und dadurch die Papillen verlängert werden sollen.

Ich kann diesen Modus von Wachsthum weder theoretisch noch auch praktisch für den vorliegenden Fall annehmen, da ich in den etwa 50 untersuchten Psoriasisefflorescenzen nur ein einziges Mal Zerfall von Epithelien beobachtet habe.

Die theoretische Frage, die Thin auf die beschriebene Art zu erledigen suchte, ob nämlich die starke Entwickelung des Papillarkörpers auf einem Einwachsen des Bindegewebes ins Epithel oder vom Epithel ins Bindegewebe beruhe, hat auch viele andere Forscher beschäftigt [Neumann (l. c.), Robinson, Jamieson (l. c.), Auspitz (l. c.), Weyl (l. c.), Ries (l. c.)], die je nach ihrer Auffassung über das Wesen der Psoriasis zu der einen oder anderen Auffassung gelangen. Da die Erscheinung einer stärkeren Entwickelung des Papillarkörpers nicht für die Psoriasis eigenartig ist, sondern bei vielen anderen Krankheiten, wie Lupus, Syphilis, Pityriasis rosea, überhaupt bei allen chronischen Entzündungszuständen der Haut vorkommen kann, da ferner die Bildung der Papillen eine physiologische Erscheinung ist, so kann diese Frage nicht durch histologische Daten aus der Anatomie der

w) On the pathol. of psor. Brit. Med. Journ. 1881, besprochen von Ries. (b l. c.)

Psoriasis allein gelöst werden, sondern beansprucht einen weiteren Raum der Betrachtung.

Beide Anschauungen, sowohl, dass das Epithel selbstständig in das Bindegewebe wuchere, wie, dass das Bindegewebe in das Epithel vordringe, scheinen mir unstatthaft zu sein. Diese Ansicht steht im engen Zusammenhang mit meinen Ausführungen, dass beide, die Epidermis und die Gefässhaut ein Organ bilden: die Parenchymhaut.

Ich führe zwei Beispiele an: Das spitze Condylom müsste als eine Wucherung des Bindegewebes in das Epithel aufgefasst werden, mit sich anschliessender Epithelwucherung, da ja das ganze Gebilde über die Haut hervorragt. Das Hühnerauge müsste umgekehrt als eine Wucherung des Epithels in das Bindegewebe angesehen werden, da, abgesehen von den Hornmassen das ganze Gebilde unter dem Niveau der Epidermis liegt. Und doch wird Niemand bestreiten, dass der Histologie und dem Wesen nach beide dieselben Processe darstellen, mit dem alleinigen Unterschiede, dass beim Hühnerauge die dicke Epidermis ein Hervorwachsen der Geschwulst nicht gestattete, während die dünne Horndecke (etwa der Glans penis) dem Wachsthum des Condyloms keinen ernsthaften Widerstand entgegensetzte. In beiden Fällen handelt es sich um eine Hypertrophie der Parenchymhaut.

Von dem Gesichtspunkt der physiologischen Zusammengehörigkeit der Epidermis und der Gefässhaut müssen auch die pathologischen Wachsthumserscheinungen beurtheilt werden. Es kann demnach nicht ein gewisser feindlicher Gegensatz zwischen Epidermis und Gefässhaut construirt werden, derart, dass das ernährende Bindegewebe in das Epithel einzudringen vermöge, oder umgekehrt das Epithel selbstständig in das es ernährende Bindegewebe vordringe. Es besteht vielmehr ein freundliches Zusammenwirken: das Epithel wächst mit dem Bindegewebe und umgekehrt. Beide wachsen zusammen in fortwährender gegenseitiger Beziehung.

Ich möchte nicht missverstanden werden. Ich will nicht sagen, dass etwa jede pathologische Wachsthumsanomalie, die die Gefässhaut oder die Epidermis trifft, nothwendigerweise die Ausbildung des Papillarkörpers zur Folge haben muss; ich will nur dort, wo eine Ausbildung des Papillarkörpers statthat, dieselbe durch das

gleichzeitige Wachsen beider Theile, der Gefässhaut und der Epidermis erklären.

Noch einen anderen Grund führe ich für die Richtigkeit meiner Anschauung an: Nimmt man hypothetisch das gleichzeitige Wachsthum von Epidermis und Gefässhaut an, so wird dieses Wachsthum, da dasselbe nur auf einem beschränkten Raum stattfinden kann und die Epithelzelle in ihrer Ernährung abhängig vom Bindegewebe ist, nur dadurch ermöglicht, dass sich beide gegenseitig in Falten legen, dass also ein Papillarkörper ausgebildet wird. Die physiologischen Analoga dieses Wachsthums haben wir in den parenchymatösen Organen und den Drüsen, die pathologischen in den Geschwülsten, den Papillomen, Adenomen, Carcinomen, aber auch in den Bindegewebstumoren, bei denen, wie beim Spindelzellensarkom, das gleichzeitige Wachsen von ernährendem Stroma und Geschwulstelementen, oder anders ausgedrückt, die Abhängigkeit der letzteren vom ersteren durch die Anordnung und Lage der Geschwulstelemente um die ernährenden Gefässe aufs Schönste ausgedrückt ist.

Von vielen Autoren ist zur Entscheidung dieser Wachsthumsfragen das embryonale Verhalten herangezogen worden. Ich erwähne die Arbeiten von Auspitz[x]), Kollmann[y]), Blaschko[z]), Unna[a1]). Mir scheint jedoch, dass das embryonale Verhalten nur mit grosser Vorsicht auf postembryonale Zustände übertragbar ist, da wir wissen, dass die Epidermis und die Reteleisten und -Zapfen lange, bevor die Papillen Blutgefässe erhalten, bestehen. Es herrschen dort andere Gesetze der Ernährung wie hier, wo die Beziehungen von der Epidermis zur Gefässhaut fixirt sind.

Ich erkenne, um es noch einmal zu wiederholen, ein Wachsthum der Epidermis in ihr eigenes Bindegewebsstroma ohne die Betheiligung und Mithilfe desselben, wenn ich mich so ausdrücken

---

x) Verhältniss der Oberhaut zur Papillarschicht. Arch. f. Derm. u. Syph.

y) Der Tastapparat der Hand, der menschlichen Rassen und Affen in seiner Entwickelung und Gliederung. Hamburg 1883.

z) Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Oberhaut. Arch. f. Phys. und Anat. (Physiologie) 1884.

a1) Fortschritte der Hautanatomie in den letzten fünf Jahren. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888, S. 718 und l. c.

darf, nicht an; ebensowenig jedoch auch ein Wachsthum des Bindegewebes in die Epidermis hinein. Auf Grund welcher Processe auch immer ein Papillarkörper ausgebildet ist, es ist stets der Ausdruck eines gemeinsamen Wachsthums der Epidermis und der Gefässhaut. Wo das Product dieses Wachsthums liegt, ob über der Haut wie beim spitzen Condylom, ob in der Haut wie beim Hühnerauge, ist für die Auffassung des Processes ganz gleichgiltig: er stellt immer eine Hypertrophie der Parenchymhaut dar.

Kehre ich nun zu den Veränderungen des Rete bei der Psoriasis zurück, so haben wir auch hier die Ausbildung eines Papillarkörpers durch eine progressive Ernährungsstörung der Epidermis und der Gefässhaut zu erklären. Hier sind wir in der Lage, diese progressive Ernährungsstörung histologisch nachweisen zu können und zwar durch die Einlagerung neuer Elemente — in die Gefässhaut (Seite 570) und durch die zahlreichen Mitosen — im Epithel. Es bildet also die Psoriasis ein schönes Paradigma für die oben von mir theoretisch entwickelten Ansichten.

Es wäre nun zu erwarten, dass entsprechend dem vermehrten Wachsthum der Epidermis alle Schichten derselben hypertrophisch gefunden würden. Dem ist nicht so. Die Stachelschicht zunächst ist über den Spitzen der Papillen nur in den Fällen verbreitert, wo noch die normale Hornhaut über die erkrankte Stelle wegzieht. Bedecken aber die weissen Psoriasisschuppen die Efflorescenz, so scheint diese Verbreiterung gering oder gar nicht vorhanden zu sein. In einzelnen Fällen ist sie entschieden verschmälert. Diese Befunde liessen sich durch zahlreiche Angaben in der Literatur bestätigen.

Nicht so häufig notirt finde ich den Befund, dass zahlreiche Wanderzellen das Rete durchsetzen. Und doch ist derselbe von der grössten Bedeutung. Diese Wanderzellen durchsetzen das Rete in den unteren Partien einzeln. Ihre Kerne haben dort eine länglich eckige, spindelförmig ausgezogene Form, so wie sie List[b1]) für die normalen Wanderzellen der Schleimhäute abgebildet hat. In den höheren Lagen liegen sie oft in kleinen Haufen beisammen,

---

[b1]) Ueber Wanderzellen im Epithel. Arch. f. mikr. Anat. XXV.

um sich schliesslich unter der Hornhaut in grösserer Menge anzusammeln. Sie werden uns noch später wieder beschäftigen.

Das Stratum granulosum zeigt die grössten Verschiedenheiten: Die Körner finden sich an einzelnen Stellen nicht, an anderen der Norm etwa entsprechend, an dritten wenig bis sehr bedeutend vermehrt. Diese Verschiedenheiten haben auch literarisch ihre Beschreibungen erhalten. Ich verdanke der sorgfältigen Zusammenstellung von Ries die Kenntniss hievon: Er sagt S. 544 (l. c.): „Noch in keiner Schicht waren die Differenzen so extrem wie hier: der Eine (Neumann Verf.) behauptet Hypertrophie, der Andere (Cornil und Ranvier Verf.) Atrophie, der dritte normalen Zustand (Vidal, Leloir, Loewe Verf.), der vierte vollständiges Fehlen (Suchard Verf.). Es ist kein Grund vorhanden anzunehmen, dass die Autoren unter dem, was sie als „Stratum granulosum“, als „gekörnte Zellen“, als „Couche granuleuse“ bezeichnen, etwas verschiedenes verstehen und so bleibt es unverständlich, wie so die Ansichten so sehr weit auseinander gehen können.“ Ich habe vorhin den Schlüssel zu diesen sich widersprechenden Ansichten gegeben und es bleibt mir nur das unverständlich, wie so auffallende Verschiedenheiten in einer so charakteristischen Schicht wie das Stratum granulosum sorgfältigen Untersuchern entgehen konnten. Anfangs habe ich mir dieselben nicht erklären können, denn nicht nur in verschiedenen Efflorescenzen ist das Stratum granulosum verschieden stark ausgebildet, sondern auch in ein und derselben Efflorescenz stösst man auf die mannigfachsten Differenzen, ja sogar in ein und demselben Schnitt: Auf der einen Seite kann das Keratohyalin in sechsfacher Reihe liegen, auf der andern fehlt es. Allmälig gelang es mir jedoch, einen regelmässigen Zusammenhang dieser Erscheinungen mit folgenden andern ausfindig zu machen.

1. An den Stellen, wo das Keratohyalin fehlt, werden in der darüber liegenden Hornhaut zahlreiche Epithelkerne gefärbt.

2. An den Stellen, wo es vorhanden ist, werden in der Hornhaut keine Kerne gefärbt.

Diese Verhältnisse sind, da die Psoriasschuppen wenig fest auf der Haut sitzen, nur dann zu constatiren, wenn man die Celloidinmethode anwendet und das Celloidin nicht von den Schnitten entfernt.

3. In einigen Fällen konnte ich feststellen, dass über langen Retezapfen das Keratohyalin in schönster Weise ausgebildet war, während es in unmittelbarer Nachbarschaft über die Spitze der Papillen vollkommen oder fast vollkommen verschwunden war. (Fig. 3.)

4. Wo die schon beschriebenen Wanderzellen sich unter der Hornschicht in zahlreicher Menge angesammelt hatten, wurden keine Körner gebildet. Es schien deshalb, als ob die Wanderzellen die Keratohyalinbildung zu verhindern vermöchten. Indessen fehlte auch häufig dort das Keratohyalin, wo keine Wanderzellen in grösserer Anzahl unter der Hornschichte lagen, so dass ich zur Ansicht kam, dass vielleicht dort, wo eine sehr rasche Proliferation von Epithelien stattfinde, die Keratohyalinbildung ausbliebe. Hiermit stimmte überein, dass über der Spitze der Papillen das Keratohyalin fehlte, indem dort die Stachelzelle rasch bis zur Verhornungsgrenze vorgeschoben worden wäre und die Zelle den Process der Keratohyalinbildung durchzumachen keine Zeit gehabt hätte, während die langsam von den langen Retezapfen aufrückenden Zellen genügende Zeit hiezu fänden. Indessen konnte diese Frage nicht entschieden werden, so lange die Bedeutung und die Genese des Keratohyalins unbekannt war. Ich komme auf dieselbe zurück, nachdem ich meine Auffassung über das Keratohyalin klargelegt haben werde.

Fasse ich die Veränderungen in der Epidermis kurz zusammen, so bestehen sie 1. in einer Proliferation der Epidermis oder besser deren Epithelien. 2. In einem Durchwandertwerden von Rundzellen, die sich in grösseren Haufen unter der Hornschicht ansammeln. 3. In einer unregelmässigen Ausbildung des Stratum granulosum.

3. Schuppen.

War das Stratum granulosum schon sehr unregelmässig ausgebildet, so kann man von einem Stratum corneum mit seinen Schichten eigentlich nicht mehr sprechen. An seinerstatt sind die Psoriasisschuppen getreten. Wohl findet man dort, wo das Keratohyalin ausgebildet war, noch manchmal ein Stratum lucidum, welches sogar gegen die Norm verdickt erscheint,[1]) und wir

[1]) Loewe (m l. c.) sieht in der Verdickung des Stratum lucidum das Wesen (!) der Psoriasis.

können uns dieses Vorkommen — in Folge der Arbeiten von Ranvier, Unna, Buzzi über das flüssige Eleidin, dem das Stratum lucidum seine Beschaffenheit verdankt — erklären; im Allgemeinen liegen aber die Schuppen direct über dem mit oder ohne Stratum granulosum versehenen Rete, so dass eine Hornhaut nicht mehr existirt.

Obgleich schon eine ganze Reihe von Autoren diesen Hornschüppchen ihre Aufmerksamkeit zugewendet und von mangelnder oder unvollständiger Verhornung gesprochen hat, so muss ich fast annehmen, dass eine gründliche Untersuchung noch nicht stattgefunden hat, da gerade die bedeutendsten Befunde vollkommen übersehen worden sind:

Betrachtet man dicke Psoriasisschuppen makroskopisch, so sieht man, dass dieselben sich aus einzelnen Blättchen zusammensetzen von der Beschaffenheit des feinen Psoriasisschüppchen (Bulkley), das zu unterst auf dem Rete liegt. Untersucht man ein derartiges, leicht isolirbares Blättchen mikroskopisch, indem man es wenige Minuten in absolutem Alkohol verweilen lässt und dann beliebig färbt, so erhält man Bilder, wie in Fig. 4: Eine grosse Zahl von bläschenförmigen Kernen und viele unregelmässig gelagerte, fast immer in Haufen angeordnete Trümmer, Reste und gut erhaltene Kerne von Rundzellen. Nicht immer sind die Epithelkerne so reichlich wie hier; sie können gänzlich fehlen, ebenso die Kerne der Wanderzellen; häufig sind sie aber noch viel zahlreicher. Diesbezüglich gilt wieder der Satz, dass die Rundzellen um so reichlicher verkommen, je jünger und intensiver die Psoriasiseruption war, und dass sie um so spärlicher sind, je chronischer und älter der Process ist.

Um über das Verhältniss der Wander- und Epithelkerne näheren Aufschluss zu erhalten, bettete ich die Schuppen in Celloidin ein und machte Querschnitte. Ich erhielt hier den interessanten Befund, dass die Wanderzellen mit Hornsubstanz, deren Kerne gefärbt oder ungefärbt waren, schichtenweise abwechselten (Fig. 5). Diese Schichtung hat eine gewisse Regelmässigkeit, indem unter den Wanderzellen regelmässig sich die Epithelkerne färben lassen, während über denselben das Verhalten der Epithelkerne verschieden ist. Bald lassen sie sich färben, bald nicht.

Diese Befunde stimmen mit dem, was ich von den Wander-

zellen im Rete gesagt habe, voll überein. Die unter der Hornschicht angesammelten Wanderzellen werden durch die Verhornung der unter ihr liegenden Epithelien von der Epidermis abgehoben und liegen von nun an inmitten der Schuppen.

Vor Allem wichtig ist aber bei dieser Untersuchung der Schuppen, dass die Anzahl der Wanderzellen, die in den Schuppen liegen, in einem directen Verhältniss zur Intensität des Psoriasisprocesses steht, wie ich oben bemerkt, dass man also berechtigt ist, umgekehrt aus der Menge derselben einen Rückschluss auf die Intensität des Psoriasisprocesses zu machen, unter dessen Einfluss die Psoriasisschuppen entstanden sind. Ich könnte so bei einer Reihe von Psoriasisplaques feststellen, deren dicke Schuppen in den obersten (ältesten) Lamellen zahlreichere Ansammlungen von Rundzellen aufwiesen, wie in den unteren (jüngeren), dass der Psoriasisprocess Anfangs ein heftigerer gewesen war, als später. Ich komme noch einmal bei der Besprechung über das Wesen der Psoriasis auf diesen Punkt zurück.

Vor Allem wichtig drängt sich aber jetzt die Frage auf, was die gefärbten Kerne in der Hornschicht bedeuten, da sich in einer normalen keine Kerne färben lassen.[1])

In der Literatur (Vidal, Leloir, Suchard) finde ich dieses Factum so gedeutet, dass keine oder nur eine unvollständige Verhornung stattgefunden habe. Warum wird allerdings nicht näher erläutert. Um diese Frage zu beantworten, war ich genöthigt, durch eigene Untersuchungen mir zunächst Klarheit zu verschaffen, worin der normale Verhornungsprocess besteht, da die bisherigen Untersuchungen über diesen Gegenstand eine definitive Entscheidung nicht erbracht hatten. Ich gebe im Folgenden die Resultate:

Verhornungsprocess.

Die meisten Autoren, die hierüber gearbeitet haben, versuchten an der Hand von Färbungen die Frage der Verhornung

---

[1]) Unna will noch Kernreste durch Hämatoxylin-Färbung in normal verhornten Epithelien nachgewiesen haben. Ich kann dies nicht bestätigen und schliesse mich dem Standpunkte Kölliker's an. (Lehrb. der Gewebslehre 1889.)

zu entscheiden. Nur Unna (30)[1]) hat die Verdauungsmethode dabei zu Hilfe genommen. Dass man mit der ersten Methode nicht sicher entscheiden kann, was verhornt ist, scheint mir auf der Hand zu liegen, da nur dann durch Färbung etwas als Hornsubstanz erkannt werden kann, wenn für dieselbe ganz charakteristische Färbungen bekannt sind, wie etwa das Jod für das Amyloid. Das ist jedoch bis jetzt nicht der Fall.

Die bisherigen Resultate sind daher auch so widersprechend wie möglich. Während Unna und Kölliker nur von einem verhornten äusseren Zellmantel sprechen und das Innere der Zelle für unverhornt ansehen, halten Zabludowsky (18), Waldeyer (28), Henle (35) und zum Theil Zander (52) die ganze Zelle für verhornt und Blaschko (54) und Krause (51) nehmen ausser der Zellmembran noch ein verhorntes Netzwerk im Innern der Zelle an.

Die erste Frage, die ich zu beantworten hatte, musste den chemischen Reactionen der Hornsubstanz gelten, da, wie vorher bemerkt, die Farbenreactionen zur Erkennung der Hornsubstanz nicht verwerthbar sind.

Hoppe-Seyler[c1]) gibt folgende für uns in Betracht kommenden Reactionen der Hornsubstanzen: „In Essigsäure quellen die Stoffe mehr auf, als in Wasser, ohne dabei ihre Structur wesentlich zu verändern, in concentrirter Essigsäure lösen sie sich meist beim Kochen. In Aetzkalilauge lösen sie sich besonders beim Erhitzen schwerer oder leichter.“ Wir werden demnach die Theile in der Hornschicht der Epidermis, die eine grosse Resistenz gegen Kalilaugen und Säuren besitzt, als Hornsubstanzen anzusprechen haben. Ein weiteres vortreffliches Reagens ist die Verdauung, doch werden wir die von der Verdauung angegriffenen Theile nur dann zu den Hornsubstanzen zählen, wenn sie auch den concentrirten Säuren und der Kalilauge Widerstand zu leisten vermögen.

Meine Untersuchungen galten zunächst den fertigen Hornzellen. Zu dem Zwecke fertigte ich mit dem Rasirmesser feinste

---

[1]) Die Zahlen beziehen sich auf die Nummern des Literaturverzeichnisses.

[c1]) Handb. der chem. Analysen 1870, S. 226.

Hornhautschnittchen von einer durch Alkohol und Aether möglichst entfetteten Fingerkuppe meiner linken Hand und liess verdünnte Kalilauge, 30 Procent Salzsäure und Salzsäurepepsin[1]) (letzteres im Brutofen) auf sie einwirken. Nach 20 Minuten für Kalilauge, 30 Minuten für Salzsäure und 2 Stunden für Salzsäurepepsin wurden die Schüppchen in Wasser untersucht und mit verschiedenen Färbemitteln behandelt. Es ergab sich bei den auf diese Weise behandelten Schnitten übereinstimmend Folgendes: Die zarten, dünnen Randpartien der Schnittchen zeigten ein Maschenwerk, wie es Unna[2]) von vollständig verdauter Hornhaut der Epidermis schon abgebildet und beschrieben hat. (Fig. 6 a.) Alle dickeren Stellen, so besonders in der jeweiligen Mitte waren runde, zum Theil sich gegenseitig abplattende Bläschen, die bekannten gequollenen und aufgehellten Hornzellen, wie man sie stets nach Behandlung mit Kalilauge sieht. Das Maschenwerk lässt sich durch Anilinfarben und auch sehr deutlich durch Pikrocarmin färben. Dasselbe steht mit dem Bläschen im Zusammenhange. Noch deutlicher wird dieser, wenn man (bei verdauten Schnitten besonders schön) vor der Färbung die verdauten Schnitte mit absolutem Alkohol oder Glycerin behandelt. Man sieht alsdann dieselben durchscheinenden Bläschen trübe und runzelig werden. Färbt man nun mit Pikrocarmin, so erkennt man an den Bläschen sehr deutlich eine röthlich gefärbte Membran, die mit dem Maschenwerk in continuirlichem Zusammenhange steht und einen grobkörnigen und wolkigen, gelbgefärbten Inhalt. (Fig. 6 b.) Die Erklärung ist folgende: dort, wo das Schnittchen eine minimale Dünne hatte, wo die Hornzellen angeschnitten waren, hatte eine völlige Aufzehrung des Zellinhaltes stattgefunden; zurück blieb die leere Hornmembran, wie ich jetzt zu sagen berechtigt bin. Bei den dickeren Stellen, wo viele Zellen nicht verletzt waren, quoll der Inhalt der Zellen durch die Einwirkung der drei Reagentien auf und blähte den Hornmantel zu Bläschen auf. Durch Einwirkung des Alkohols und Glycerins schrumpfte der Inhalt in Folge von Wasserentziehung: der vorher stark

---

[1]) 20 Tropfen chemisch reiner Salzsäure und 0·5 käufliches Pepsin auf 100 Gr. Aquae dest.

[2]) Unna: Anatomie und Entwickelungsgeschichte (l. c.) S. 32.

ausgedehnte Hornmantel legt sich in Falten und runzelt sich. Wir erhalten durch diese Untersuchungen folgende Ergebnisse:

1. Die verhornte Epidermiszelle besteht aus einem Hornmantel und einem durch Kalilauge, Salzsäure und Verdauungsflüssigkeit auflösbaren Inhalte.

2. Die Hornmäntel besitzen eine grosse Elasticität, da die aufgequollenen Bläschen bedeutend grösser sind, als die normalen Hornzellen.

3. Die Hornmäntel lassen den aufgelösten Inhalt der Zellen nicht diffundiren, während sie Wasser, Kalilauge, Salzsäure und Alkohol leicht hindurchlassen.

Was den Inhalt der Hornzellen anbetrifft, so zeigt derselbe nach dem Vorhergehenden die chemischen Eigenschaften des Zellprotoplasmas, nur dass er, wie wir bei Verdauung von Schnitten später sehen werden, erheblich widerstandsfähiger als dieses ist. Das Unvermögen desselben, durch die Hornmembran zu diffundiren, bringen wir wohl mit Recht in Zusammenhang mit dem relativ grossen Molecularvolumen der organischen Stoffe, die das Protoplasma zusammensetzen.

Die einzelnen Bälkchen des Hornnetzes bestehen aus den aneinander stossenden Hornmembranen zweier Zellen, sammt den sie verbindenden verhornten Intercellularbrücken. Diese Ansicht hat Unna zuerst ausgesprochen und Kölliker (56) und Zander (52) sind ihr beigetreten.

Da Letzterer zwei Typen der Verhornung unterscheidet und behauptet, dass die Verhornung auf der gesammten Hautoberfläche mit Ausnahme der Vola manus et pedis die ganze Epithelzelle beträfe, so lag für mich die Nothwendigkeit vor, diese Angaben nachzuprüfen. Es genügte, von dem entfetteten Vorderarm mit dem Rasirmesser Hornhautpartikelchen abzuschaben und auf dem Objectträger den vorher beschriebenen Proceduren zu unterwerfen, um betreffs der Structur dieser verhornten Zellen genau zu demselben Resultat zu kommen, wie bei den der Fingerkuppe entnommenen Hornschnittchen. Nur ein Unterschied macht sich geltend: Die Reagentien gebrauchen vielmehr Zeit, um dieselbe Wirkung auszuüben. Dieser Unterschied ist leicht dadurch zu erklären, dass die in Rede stehenden Hornzellen viel platter und trockener

sind, als die grossen relativ saftigen Hornzellen der Fingerkuppen.[1])

Wenn hiernach die Ansicht widerlegt erscheint, dass die Epithelzelle in toto verhornt, so bedarf doch die Annahme Blaschko's, Krause's und Zander's, dass im Inneren der Zelle ein Netz von verhornten Fibrillen bestände, noch der Besprechung.

Obgleich der ganze Zellinhalt verdaulich ist, so besteht doch die Möglichkeit, dass feine verhornte Fibrillen von den gebrauchten Reagentien trotz ihrer Keratinnatur wegen ihrer Zartheit angegriffen würden. Ich habe deshalb unter Controle des Mikroskopes auf dem erwärmten Objecttisch Hornschnittchen verdaut. Da jedoch unter derartigen Umständen eine Betrachtung unter Oelimmersion manchen Schwierigkeiten begegnet, so habe ich vorgezogen, nach verschieden langer Zeit den Verdauungsprocess zu unterbrechen und die Reste der Verdauung zu färben. Wohl habe ich da Manches vom Inhalt der halbverdauten Zelle färben können, das die allerverschiedensten und unregelmässigsten Formen und Gestalten hatte, nie jedoch ein bestimmtes Fasersystem, wie es Blaschko bei Verdauungsversuchen gesehen haben will, und das mit den Fasernetzen der Stachelzelle übereinstimmen soll. Er gibt indessen an, dass dies Fasersystem schon ohne Verdauung an in Chromsäure gehärteter Haut der Vola manus zu sehen sei, und Zander hat es sogar gefärbt. Kölliker macht hiergegen darauf aufmerksam, dass diese Faserung wahrscheinlich durch die Chromsäurebeize entstanden sei, der sich auch Zander in der Müller'schen Flüssigkeit bediente. Ich muss Kölliker durchaus beitreten, da ich gefunden habe, dass diese Faserung im Inneren der Hornzelle abhängig ist von der jeweiligen Concentration der angewendeten Chromsäure, und zwar in der Weise, dass mit der Stärke der Chromsäure die Zahl der Fasern wächst, und einen so hohen Grad erreichen kann, dass die Zelle vollkommen undurchsichtig wird.

Fasse ich das Ergebniss der bisherigen Untersuchung zusammen.

---

[1]) Kölliker (56) tritt ebenfalls den Zander'schen Anschauungen entgegen, indem er auf die Thatsache aufmerksam macht, dass die Hornzellen der Haut des Rumpfes und der Extremitäten in derselben Weise durch Kalilauge zu Bläschen aufquellen, wie die der Palmae manus.

Die normale verhornte Epidermiszelle besteht aus einem verhornten Zellmantel und einem protoplasmatischen Zellinhalt, welcher ausser der Kernhöhle (Kölliker) jegliche Structur entbehrt.

Ich könnte mit diesem Resultat nun zur Untersuchung übergehen, wodurch sich die Hornzellen mit den färbbaren Kernen in den Schuppen der Psoriasis von den normalen Hornzellen unterscheiden. Indessen war der Zusammenhang jener Zellen mit dem Mangel des Keratohyalins ein so auffallender, dass ich dieser Substanz meine nähere Aufmerksamkeit zuzuwenden genöthigt war.

Wenngleich über die Natur und Genese derselben fast alle Autoren verschiedener Ansicht sind, so sind sie doch darin einig, dass dieselbe in irgend welcher Beziehung zum Verhornungsprocesse steht. Es musste daher zunächst meine Aufgabe sein, den Verhornungsprocess von der bekannten Structur der völlig verhornten Zelle aus rückwärts zum Beginn der Verhornung zu verfolgen, und zwar mit denselben Methoden, die ich dort angewendet hatte.

Behandelt man möglichst dünne[1]) Querschnitte von frischer Haut mit den vorher beschriebenen Methoden, so sieht man an das Netzwerk der verhornten Zellen sich nach unten ein Gleiches, je näher dem Bindegewebe je zarter werdendes Maschenwerk anschliessen. Um über die Lage dieses Maschenwerkes, das sich beim ersten Anblick sofort als die den Hornzellenmembranen entsprechende Zellmembran der unverhornten Epithelzellen ausweist, näheren Aufschluss zu erhalten, färbte ich die frischen Schnitte mit Pikrocarmin.[2]) Hierdurch wird das Stratum lucidum und granulosum

---

[1]) Kleine, $^1/_2$ Ctm. lange und höchstens 2 Mm. breite Hautstückchen der Planta pedis werden mit dem Rasirmesser soweit wie möglich von der dicken Hornschicht und mit der Scheere von jeglichem subcutanen Bindegewebe befreit, kommen $^1/_2$ Stunde in eine dünne Lösung von Gummi arabicum. — Auf dem Gefriermikrotom lassen sie sich alsdann sehr fein und bequem schneiden.

[2]) Stark mit Wasser verdünntes Pikrocarmin nach Friedländer (Mikroskopische Technik von Eberth, Berlin. 1889) färbt das Keratohyalin intensiv dunkelroth, das Stratum lucidum hellroth, die Epithelzellen schwach gelb, ihre Kerne schwach roth, das Bindegewebe roth. Färbung unter dem Deckgläschen, Auswaschen durch Wasserstrom. Ein

scharf markirt und eine Orientirung sehr erleichtert. Da die Resultate, die ich durch die Behandlung mit Kalilauge, Salzsäure und Verdauungsflüssigkeit erhielt, wesentlich dieselben sind, die letztere jedoch das bei Weitem zarteste und langsamst wirkende Reagens ist, das sich in Folge dessen am besten zum Studium eignet, so werde ich nur die mit demselben gewonnenen Bilder beschreiben:

Bald nach Zusatz der Verdauungsflüssigkeit unter das Deckglas sieht man den Hautschnitt sich allmälig fortschreitend aufhellen. Die Kerne der Epithelien treten scharf hervor (Salzsäurewirkung). Schon nach wenigen Minuten sind die vorher scharfen Grenzen der dunkelrothen Keratohyalinkörner verwaschen und zerfliessend, während die Kerne dieser Zellen noch schärfer hervortreten. Die Zellen der Hornschicht sind ebenfalls schon etwas gequollen und zeigen die scharfen Grenzen ihrer Hornmembranen, die sich in ununterbrochener Folge durch das Stratum lucidum und granulosum weiter in das Rete fortsetzen, immer zarter und schwächer werdend. Dort, wo die Zellen des Rete nicht angeschnitten sind, haben sich grosse zarte Blasen gebildet.

Allmälig verklärt sich das Protoplasma der Epithelzellen des Rete vollkommen. In den deutlichen Zellmembranen liegt nur lose noch der scharf hervortretende, noch immer röthliche Kern. In diesem Stadium der Verdauung genügt ein leiser Druck mit der Nadel auf das Deckgläschen, um folgende interessante (für die pathologische Anatomie der Blasen wichtige) Erscheinung zu erhalten. Die Hornhaut mit dem Stratum granulosum und einer und der anderen unter dieser Schicht liegenden Zelle hebt sich blasenartig empor. Das Netzwerk der Zellmembranen wird zu langen schmalen Maschen auseinander gezogen. Eine geringe Verstärkung des Druckes mit der Nadel, und die zarten Membranen reissen ein und flottiren in der Flüssigkeit. Die Kerne, die nur lose in den Zellmembranen lagen, sind aus denselben zum grossen Theil herausgeschleudert. Fig. 8 sucht diese Verhältnisse wiederzugeben.

Aus dem Vorhergehenden ergeben sich folgende Schlüsse:

1. Die Zellen des Rete Malpighii besitzen eine

---

aus Ranvier's Laboratorium bezogenes Pikrocarmin färbte das Keratohyalin nur ganz matt.

Zellmembran, die an Dicke und Festigkeit zunimmt, je näher die Zellen der Hornschicht liegen.

2. Diese Zellmembranen zeigen das gleiche physikalische Verhalten, wie die Hornmembranen; d. h. sie werden durch den aufquellenden Zellinhalt zu grossen Blasen aufgetrieben.[1])

3. Sie zeigen dasselbe chemische Verhalten. Sie sind widerstandsfähig gegen Kalilauge, Salzsäure und Verdauungsflüssigkeit, und unterscheiden sich von den Hornmembranen nur dadurch, dass diese Widerstandsfähigkeit eine quantitativ geringere ist. Sie sind also Hornmembranen im jungen zarten Zustand.

Die Cylinderzellen der Basalschicht lassen ebenfalls noch eine ganz zarte Membran erkennen, wenn man sie auch nicht mehr durch Färbung von dem Protoplasma der Zellen differenziren kann.[2]) Sie besitzt jedoch in dem erwähnten Stadium der Verdauung ein etwas stärkeres Lichtbrechungsvermögen, als der protoplasmatische Theil der Zelle, und diese Eigenschaft ermöglicht bei Oelimmersion und enger Blende dieselbe deutlich als Membran aufzufassen.

In hübscher Weise kann man das ganz allmälige Dickerwerden der Membranen an in Alkohol gehärteten Objecten nachweisen.[3]) Feinste Hautschnitte wurden einige Stunden mit Kalilauge behandelt. Sowohl das Bindegewebe, wie die Epidermis ist durch die lange Härtung sehr widerstandsfähig geworden. Die Zellen und ihre Kerne werden nicht zerstört, sondern quellen nur mässig auf. Färbt man nun mit ganz verdünnten Anilinfarben (ich benützte Methylviolett), so erhält man eine fast isolirte Färbung der Zellmembranen. In gleicher Weise gelang mir auch eine farbbildliche Darstellung der Membran an frischen Schnitten, die ich acht Tage

---

[1]) Kölliker erwähnt auch dieses Verhalten der Epidermiszellen in den höheren Lagen des Stratum spinosum.

[2]) Das Protoplasma der basalen Cylinderzellen ist bedeutend widerstandsfähiger gegen die Verdauung, als das des übrigen Rete. Ich schiebe diese Eigenschaft den ungemein starken Epithelfasern dieser Zellen zu (Kromayer [60]).

[3]) Die von mir benützten Hautstücke hatten 6 Wochen in absolutem Alkohol gelegen.

in Glycerin aufbewahrt hatte, nach Behandlung mit Kalilauge und Pepsinsalzsäure. Durch die wasserentziehende Eigenschaft des Glycerins erhält das Protoplasma und das Keratohyalin eine ähnliche Resistenz, wie nach der Härtung in Alkohol, so dass sich letzteres in der in Fig. 9 wiedergegebenen Weise darstellen lässt.[1])

Der Verhornungsprocess ist, ich wiederhole es nochmals, also ein ganz allmälig und gleichmässig durch die ganze Dicke der Epidermis bis zum Beginn der eigentlichen Hornschicht fortschreitender Vorgang, der in einem Dicker- und Festerwerden der Zellmembran besteht.

Dies Resultat war für mich um so überraschender, als ich immer geglaubt hatte, dass das Keratohyalin in irgend welcher genetischer Beziehung zur Verhornung stehe, zumal der Befund bei der Psoriasis, dass an den Stellen, wo in der Hornschicht gefärbte Kerne vorhanden waren, das Keratohyalin fehlte, mich in dieser Ueberzeugung bestärkt hatte. Nun hatte ich gefunden, dass der Verhornungsprocess vollkommen unabhängig vom Keratohyalin vor sich gehe, und dass die keratohyalinhaltigen Zellen schon fast so stark verhornt waren wie die eigentlichen Hornzellen. Es konnte also, wenn ein Zusammenhang bestünde, derselbe nur so gedacht werden, dass das Keratohyalin eine Folge der Verhornung wäre. Ich bin in der glücklichen Lage, diese Auffassung durch einige Momente stützen zu können, die geeignet erscheinen, dem

[1]) In der Literatur finde ich einige Male von den Schriftstellern, die sich genauer mit der Structur der Stachelzellen beschäftigen, die Erwähnung einer Membran derselben, ohne dass jedoch grosser Werth darauf gelegt wird. Bei Kölliker finden sich einige genauere Angaben, und vor Kurzem hat Manile Ide (49) die Structur dieser Membran näher beschrieben. Er arbeitete an embryonalem Thiermateriale und machte die ersten Wege der Verdauung zum Gegenstande seiner Untersuchungen. Nach ihm besitzt die Membran eine feine, trabeculäre Structur. Ich bin nicht so glücklich gewesen, an den Membranen der Stachelzellen irgend welche Structur wahrnehmen zu können. Ich bin nach den Bildern, die ich von isolirten Epithelien gesehen, gezwungen, diese trabeculäre Structur als den optischen Ausdruck des von oben gesehenen Stachelpanzers zu halten. Unna (53) vertritt eine gleiche Ansicht betreffs der von Bizzozero beschriebenen oberflächlichen Liniensysteme der Stachelzellen.

Keratohyalin eine andere Stellung zu verschaffen, als es bis jetzt bei den meisten Autoren gehabt hat.

Fibrilläre Structur der Epithelzellen und Genese des Keratohyalins.

Die fibrilläre Structur der Epithelzellen ist ein in der neueren Zeit so häufig behandeltes Thema gewesen, dass ich die Thatsache als bekannt voraussetzen zu dürfen glaube. Eine Streitfrage besteht nur darüber, ob die Fibrillen mit oder ohne Unterbrechung von einer Zelle zur anderen gehen, ob sie es sind, welche die Verbindungsbrücken abgeben (Heitzmann), oder ob ausser ihnen noch andere Bestandtheile (interfibrilläre Substanz [Ranvier], Zellmantel [Ramon y Cajal]) die Verbindungsbrücken mitbilden helfen, oder ob diese allein von dem Zellmantel gebildet werden (Manile Ide).[1])

Ich habe in einem kürzlich erschienenen Aufsatze (60) nachgewiesen, dass die mittelst Weigert's Fibrinfärbemethode[2]) von Herxheimer gefundenen Fasern in der Epidermis Epithelfasern sind, welche ihren Ursprung in den Fortsätzen haben, welche die basalen Cylinderzellen in das Bindegewebe senden. Ich erwähnte dort, dass mit derselben Färbemethode sich auch feinere Epithelfasern, die von Zelle zu Zelle ziehen, darstellen liessen. Ich kann heute einige neue Daten hinzufügen, die ich mit derselben Methode[3]) gewonnen habe.

---

[1]) Dass der Zellmantel Theil hat an den Verbindungsbrücken, geht aus meinen Verdauungsversuchen hervor. Die einzelnen Balken des Netzwerkes (Fig. 8 a) müssen von den Membranen zweier Zellen und deren Verbindungen gebildet werden, da das Protoplasma und deren Verbindungsfäden verdaut sind. Dass letztere aber auch Theil an der Bildung der Brücken haben, geht aus meinen weiteren Untersuchungen hervor.

[2]) Fortschritte d. Med. 1887, Nr. 8.

[3]) Die Weigert'sche, sowie die Gram'sche Jodmethode sind in ihren Resultaten, wie bekannt, nicht ganz zuverlässig. Ich suchte die Ursache hiefür bei der Weigert'schen Methode aufzufinden. In der eben citirten Arbeit habe ich zwei Momente feststellen können. Der eine war der verschiedene Feuchtigkeitsgrad des Schnittes vor dem Einlegen in Anilinxylol, der andere das Mischungsverhältniss des Anilins zum Xylol; es kommt aber die Dauer der Jodwirkung und die ursprüngliche Färbung auch mit in Betracht. Ich bin schliesslich zu folgendem Verfahren gelangt,

Ich gehe von den cylindrischen Basalfasern aus, die sich durch die starken, geschlängelten, parallelen „Basalfasern" auszeichnen. Diese Basalfasern sind von sehr verschiedener Dicke, wie das auch Herxheimer angegeben hat. Sie gehen gewöhnlich nicht in ihrer ganzen Stärke direct in eine höher gelegene Zelle über, sondern theilen sich vorher in viele dünne Fäserchen, um als solche durch die Verbindungsbrücken zu passiren (Fig. 10). Auf ihrem Wege durch die Cylinderzellen senden sie feinste Reiserchen, die bei gelungenen Präparaten eben als solche erkannt worden, zu den Basalfasern der benachbarten Zellen. Oft scheinen allerdings diese Basalfasern eine sehr bedeutende Länge zu haben und mehrere Zellen zu passiren. Indessen habe ich (l. c.) dieses häufige Vorkommen bereits als eine optische Täuschung nachgewiesen, welche besonders dann eintritt, wenn der Schnitt einen Retezapfen parallel und dicht an der Peripherie getroffen hat, so dass der Retezapfen nur aus dachziegelförmig sich untereinander schiebenden Cylinderzellen gebildet zu werden scheint.

Während nun die Fasern in den Cylinderzellen eine der Längsachse dieser Zellen entsprechende Richtung zeigen, ist irgend eine solche in den mehr rundlichen Zellen des Stratum spinosum

---

um die Epithelfasern möglichst sicher zu färben: der Schnitt wird in einem Tropfen Wasser sorgfältig auf dem Objectträger ausgebreitet und mit Fliesspapier durch sanftfesten Druck auf dem Objectträger fixirt. Darauf $^1/_2$stündiges Färben in concentrirter Anilinfarblösung, Abspülen mit Wasser; Jodjodkaliumlösung. Die Jodwirkung wird jedesmal mittelst schwacher Vergrösserung verfolgt und sofort unterbrochen, wenn das Epithel eine schwarze Farbe angenommen hat (ziemlich verschieden von $^1/_4$ bis 2 Minuten); Abtrocknen mit Fliesspapier und sofortiges Einlegen in Anilinxylol (Anilin 1, Xylol 1—4 Theile). Trotz genauester Beobachtung des Verfahrens kommt es vor, dass eine ganze Reihe von Präparaten nicht gelingt. Zunächst ist sicher der gewählte Farbstoff von Einfluss. Ich habe Krystallviolett, Methylviolett 2 B, Gentiana und Methylviolett 6 B versucht und bin bei letzterem stehen geblieben. Von der allergrössten Wichtigkeit ist aber das Anilinxylol. Je weniger Anilin in der Mischung ist, desto schwächer zieht sie aus, je mehr Anilin, desto stärker zieht sie aus. Ist die Mischung zu schwach, so bleibt das Präparat zu dunkel, ist sie zu stark, sind die Epithelfasern entfärbt. Man muss hier fast jedesmal frisch probiren. Ich will nur noch auf den Umstand aufmerksam machen, dass das Anilinxylol seine Concentration fortwährend durch Verdunsten des Xylols ändert; dieser Umstand ist sehr in Rechnung zu ziehen

nicht zu erkennen. Von allen Seiten nach dem Korn hinziehend umspinnen sie diesen in einem unendlich feinen Netzwerk, das so dicht ist, dass es gewöhnlich als solches nicht mehr erkannt wird, sondern als dunkler, dicker Rand den Kern umgibt. Sobald aber die Zellen im Stratum spinosum eine Längsrichtung erhalten und auf Schnitten eine Spindelform[1]) aufweisen, ziehen auch die Fasern wieder hauptsächlich in dieser Richtung (Fig. 7 a), während die Verbindungsfasern zu den über und unter ihnen liegenden, spindelförmigen Zellen bedeutend schwächer und weniger an Zahl erscheinen. Besonders schön sieht man das Fasernetz in den abgeplatteten Zellen, wenn man Flachschnitte anfertigt. Diese können allerdings nicht so dünn geschnitten werden, dass man nur eine Reihe der platten Zellen erhielte, zumal sie sich gegenseitig decken. Daher geben die Bilder bei Flachschnitten zwar eine gute Vorstellung von dem Reichthum der Fasern (Fig. 11 und 12), sind aber zur Erkenntniss des Verlaufes derselben nicht geeignet. Halbflache Schnitte leisten manchmal noch das Beste. An solchen habe ich etliche Male beobachtet, dass etwas stärkere Fäserchen von einer Zelle in die andere eintraten, dieselbe ziemlich oberflächlich durchliefen um in eine dritte Zelle zu gehen und dessen Kern, wie die erste zu umspinnen. Die zweite Zelle wurde von diesen Fäserchen also gewissermassen als Durchgangsstation benutzt.

Zum Verständniss des nun zu beschreibenden Processes bin ich genöthigt, etwas Genaues auf die stereometrischen Verhältnisse der abgeplatteten Epithelzellen, in denen das Keratohyalin gebildet wird, einzugehen.

Ich habe schon vorhin bemerkt, dass die auf Querschnitten der Haut erscheinende „Spindelform“ der Zellen nicht die wahre Form darstellt, sondern dass diese einer unregelmässigen Scheibe mit verdicktem Centrum entspricht. Der Kern, den man sich am besten als eine abgeplattete Kugel vorstellt, liegt so in dieser Scheibe, dass über und unter demselben wenig Protoplasma ist, während sich seitlich ringsum die Hauptmasse desselben befindet.

---

[1]) In Wirklichkeit besitzen diese Zellen keine Spindelform, wie manche Forscher zu glauben scheinen, sondern unregelmässige Rundscheibenform mit verdicktem Centrum.

Entsprechend dieser Vertheilung des Protoplasma verläuft auch die Hauptmasse der Epithelfasern seitlich vom Kern und nicht über und unter demselben. Wir finden also auf dem Querschnitte der Zelle nur eine geringe Faserzahl (Fig. 13 a) in der Länge getroffen, während wir auf dem Flachschnitte eine viel bedeutendere Anzahl von Fasern sehen (Fig. 13 b). Entsprechend dieser Vertheilung und diesem Verlaufe der Fasern sieht man bei Quer- und Flachschnitten das Keratohyalin in Reihen angeordnet, wenn man es mit einem der bekannten Färbemittel darstellt.

Diese reihenförmige Anordnung des Keratohyalins bringen Blaschko und Cajal mit den Epithelfasern in Zusammenhang, indem sie dasselbe sich zwischen die einzelnen Fäserchen einlagern lässt.

Nun werden aber durch die Weigert'sche Färbemethode nicht nur die Epithelfasern gefärbt, sondern auch, und zwar viel sicherer das Keratohyalin.[1]) Durch diesen günstigen Umstand konnte ich die Entstehung des Keratohyalins aus den Epithelfasern aufs Schönste beobachten.

Als erste Veränderung, die man an den Fasern wahrnimmt, tritt eine mehrfache Unterbrechung der Fasern ein, so dass dieselben nicht mehr aus einem gleichmässig zusammenhängenden Faden, sondern aus vielen einzelnen Stücken, Stückchen und Körnern bestehen. Die einzelnen Fasersegmente nehmen alsbald eine unregelmässig runde Gestalt an und vereinigen sich mit benachbarten Faserstückchen, die denselben Process durchgemacht haben.

Dieser Zerfall des Fasergerüstes tritt immer zunächst in der Peripherie des Kernes auf, dort, wo das Fasernetz am reichlichsten ist, also seitlich rings um den Kern. Das so gebildete Keratohyalin liegt also auf Querschnitten der Haut zu beiden Seiten der länglich erscheinenden Kerne (Fig. 13 c), auf Flachschnitten in unvollkommenen Kreisen um den Kern herum (Fig. 13 d). Allmälig zerfällt das ganze Fasernetz der Zelle und macht den oben beschriebenen Process durch: Die keratohyalinhaltige Zelle ist voll ausgebildet.

Der Zerfall der Epithelfasern und die Bildung des Kerato-

---

[1]) Auch durch die Gram'sche Jodmethode wird es electiv gefärbt.

hyalins tritt nicht gleichmässig in der ganzen Peripherie des Kernes auf, sondern ungleichmässig hie und da, so dass auf der einen Seite die Fasern noch schön erhalten sind, während auf der anderen schon ihr Zerfallsproduct ausgebildet ist (Fig. 11 u. 12). Während man also in den untersten Lagen des Stratum granulosum Zellen findet, welche Fasern und Keratohyalin zugleich enthalten, ist in den obersten von einer Faserung Nichts mehr zu entdecken.[1])

Ich glaube aus dem Vorhergehenden folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1. Das Epithelfasernetz zerfällt in den obersten Schichten der Epidermis.

2. Das Zerfallsproduct ist das Keratohyalin.

3. Das Keratohyalin ist der histologische Ausdruck einer Nekrobiose der Epithelzelle.[2])

Mit der Annahme einer Nekrobiose der Epithelzellen im Stratum granulosum stimmt sehr gut überein, dass an den Kernen dieser Zellen zahlreiche Veränderungen beobachtet worden sind (Leloir, Renault, Ranvier, Unna, Mertsching) die, wenn auch zum Theile erst durch die Alkoholhärtung in Erscheinung tretend[3]), doch sicherlich den Anfang des Processes darstellen, in dessen Folge der Kern in der Hornzelle nicht mehr durch Färbung nachzuweisen ist.

Als weitere Stütze meiner Auffassung führe ich die schon öfters erwähnte Thatsache an, dass die Zellen in den Psoriasisschuppen, die keine Keratohyalinbildung, also keinen nekrobiotischen Process durchmachen, färbbare Kerne behalten. Dasselbe gilt von den Hornzellen der Schleimhäute. Im Uebrigen wissen

---

[1]) Ich befinde mich mit dieser Angabe in directem Widerspruche mit Blaschko, der das Fasernetz durch alle Schichten der Epidermis persistiren lässt. Jedoch habe ich bei der Besprechung des Verhornungsprocesses nachgewiesen, dass das von ihm in den Hornzellen gesehene Fasernetz ein Product der Chromäurebeize ist.

[2]) Waldeyer spricht hypothetisch dieselbe Ansicht aus, von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass das Keratohyalin grosse Aehnlichkeit mit dem Hyalin Recklinghausen's habe.

[3]) Die Kerne der tieferen Lagen des Rete zeigen die schrumpfenden Wirkungen des Alkohols weit weniger, müssen sich also doch wohl von denen des Stratum granulosum unterscheiden.

wir, dass es als ein Zeichen der Nekrobiose gilt, wenn sich die Zellkerne nicht mehr durch Färbemittel darstellen lassen.

Der Zusammenhang des beschriebenen nekrobiotischen Processes mit dem der Verhornung ergibt sich sehr natürlich:

In dem Augenblicke, wo die Zellmembran so derb wird, dass der Ernährungsstrom sie nicht mehr in der zum Leben der Zelle genügenden Weise passiren kann, tritt die Nekrobiose der Zelle ein: der Zerfall des Fasersystems und die Bildung des Keratohyalins. Dass die Bedingungen für eine Ernährungsstörung aber wirklich durch die verhornende Membran gegeben sind, habe ich in der Thatsache nachgewiesen, dass die Membran wohl für Wasser, Säuren und Kalilauge, als für Substanzen mit geringem Molecularvolum, durchgängig ist, nicht aber für organische Stoffe mit hohen Molecularvolumen (S. 584 u. S. 588).

Der Stoffwechsel der Zelle ist behindert. In Folge dessen muss sie selber absterben.

Wenn die Bildung des Keratohyalins auch nur ein vom Verhornungsprocess abhängiger secundärer Vorgang ist, so ist damit durchaus noch nicht gesagt, dass er ein unwichtiger ist. Im Gegentheil; er scheint mir eine Umwandlung des Zellprotoplasma einzuleiten, deren Resultat, der Inhalt der Hornzelle, der Hornhaut diejenigen Eigenschaften verleiht, die sie zu ihren hohen Aufgaben für den menschlichen Körper fähig macht: die Elasticität und die Härte. Ein Vergleich der normalen Hornhaut mit Hornschuppen, bei denen zwar nicht der Verhornungsprocess, aber die Keratohyalinbildung gestört ist, wie ich es für die Psoriasis voraussetzen will, lässt den Unterschied beider und somit die Bedeutung der Keratohyalinbildung grell zu Tage treten. Auch eine Gegenüberstellung der verhornten Zellen der Schleimhäute mit denen der Epidermis wird zu einer richtigen Werthschätzung des Keratohyalins führen.

Nachdem ich mir durch die vorher beschriebenen Untersuchungen Klarheit über die Hornhautbildung zu verschaffen versucht habe, kehre ich mit den Ergebnissen zur Untersuchung der Psoriasisschuppen zurück.

Färbt man ein Blättchen der Schuppen in der früher angegebenen Weise und lässt unter Controle des Mikroskopes Kali-

lauge einwirken, so sieht man die mit färbbaren Kernen versehenen Hornzellen in derselben Weise zu Bläschen aufquellen, wie die normalen Hornzellen. Auf Querschnitten von Schuppen erhält man ebenfalls ein durch Kalilauge nicht zerstörbares Hornnetz. Es hat nur den Anschein, als ob die Balken dieses Netzes eine Nuance dünner wären, als die normalen.

Es ergibt sich also, dass die Verhornung der Epidermiszellen in der Psoriasis keine wesentlich verringerte ist.

Versucht man nun feine Querschnitte von gehärteten Psoriasisschuppen (wieder nach Vorfärbung) zu verdauen, so wird der Inhalt aller normalen Hornzellen verdaut, während die Zellen mit gefärbtem Kern selbst nach 4 Tage langem Verdauen im Brutofen ausser einem minimalen Aufquellen keine Veränderungen zeigen. Dasselbe Verhalten zeigt künstlich mehrere Tage an der Luft getrocknete Epidermis, oder vielmehr ihre Zellen. Wir werden daher wohl nicht fehl gehen, wenn wir vermuthen, dass der Zellinhalt jener Hornzellen ebenfalls ein getrocknetes Protoplasma darstellt. Hiermit stimmt die Erfahrung überein, dass getrocknete Zellen überhaupt ihren Kern intensiv färben lassen. Halten wir ferner damit zusammen, dass jene Zellen hauptsächlich dort vorkommen, wo das Keratohyalin fehlt, so werden wir sie als Hornzellen zu betrachten haben, deren Inhalt den nekrobiotischen Process der Keratohyalinbildung nicht durchgemacht hat, sondern einfach vertrocknet ist, deren Hornmembran aber nicht wesentlich von der Norm verschieden ist.

Nunmehr können wir auch den Schichtenbau der Psoriasisefflorescenzen voll würdigen.

Durch Ansammlung von Wanderzellen unter der Hornhaut wird der Zusammenhang dieser mit dem Rete gelockert und der Luft directer Zutritt zu den wasserreichen Epidermiszellen gestattet, die in den obersten Lagen eintrocknen. Hierdurch wird für die unteren Zellen ein Schutz geschaffen, die wieder zur Keratohyalinbildung kommen können, wenn nicht neue Wanderzellen auf gleiche Weise störend eingreifen. Aus der Menge der Wanderzellen und der färbbaren Kerne in den Schuppen ist also ein directer Schluss auf die Intensität des Psoriasisprocesses gestattet. In der Schichtung der Schuppen ist gewissermassen die Geschichte der einzelnen Psoriasisefflorescenz aufgezeichnet.

Fassen wir die einzelnen Befunde bei der Psoriasis kurz zusammen:

Jede Efflorescenz beginnt mit einer Hyperämie der Cutis vasculosa, der sich eine zellige Infiltration in derselben anschliesst. Bald nach und mit diesen Veränderungen tritt eine starke Proliferation der Epithelien ein. Die Gefässhaut und die Epidermis wachsen gleichzeitig und bilden gemeinschaftlich einen starken Papillarkörper aus: die Parenchymhaut ist hypertrophisch. Während dieser Veränderungen haben zahlreiche Wanderzellen das Epithel durchsetzt und stören die normale Hornhautbildung: es entstehen die geschichteten Psoriasisschuppen.

Das Primäre sind also Veränderungen in der Cutis vasculosa.

Von diesen sind alle anderen abhängig. Die Hauptfrage ist also für uns, von welcher Natur die Erkrankung der Gefässhaut ist. Bevor ich mich jedoch zur Beantwortung derselben wende, will ich die verschiedenen, jetzt herrschenden Theorien über die Psoriasis besprechen.

Nach Tilbury, Fox, Robinson, Jamieson, Thin, v. Hebra, Auspitz, Löwe (l. c.) ist die Psoriasis eine primäre Erkrankung der Epidermis. Diese Ansicht ist mit den thatsächlichen Befunden der vorliegenden Untersuchungen nicht vereinbar, da die Psoriasisefflorescenzen im ersten Beginn eine Erkrankung der Cutis vasculosa nicht der Epidermis aufweisen. Sollte jedoch hier der Einwand erhoben werden, dass diese Efflorescenzen nicht Psoriasis gewesen seien, so verweise ich auf die Schuppen der ausgebildeten Psoriasisefflorescenz. In diesen ist, wie ich schon gesagt, gewissermassen die Geschichte der Psoriasis verzeichnet. Wer dieselbe lesen will, wird aus den grösseren Ansammlungen von Rundzellen in den ältesten (oberflächlichsten) Schichten gewiss herauslesen, dass die primäre und wichtigste Erkrankung in der Gefässhaut liegen muss.

In einer Zeit, als die Virchow'sche Cellularpathologie herrschte, konnte es richtig erscheinen, die Erkrankung der Cutis vasculosa als abhängig von den Epithelveränderungen hinzustellen, heute steht eine derartige Auffassung, nachdem Cohnheim's grundlegende Untersuchungen allgemein anerkannt sind, nicht mehr im Einklang mit den allgemeinen pathologischen Theorien.

Die vorgenannten Forscher haben aber nicht nur die weit-

gehendsten Veränderungen der Gefässhaut, die sie allerdings zum Theile ableugnen oder als geringfügig hinstellen, als secundäre betrachtet, sondern auch die von ihnen aus der Schlängelung der Pupillargefässe postulirte Stauung in denselben direct durch die Wucherung des Epithels erklären zu müssen geglaubt. Ich habe schon S. 44 auseinandergesetzt, dass es unstatthaft ist, aus der Schlängelung der Gefässe im mikroskopischen Bilde so weitgehende Schlüsse zu ziehen. Es erübrigt noch, Einiges über den mikroskopischen Befund, der zur Stütze dieser Ansicht dienen soll, zu sagen.

Da Neumann[d1]), obgleich Anhänger der entzündlichen Theorie, am eingehendsten darüber spricht, halte ich mich an dessen Beschreibung. Es heisst bei ihm: „Ihre (der Papillen) Form hängt von der Menge der wuchernden Retezellen ab, welche dieselben stellenweise fast bis zur Berührung ihrer Wandung verengen; die Papillen erscheinen dann birn- oder flaschenförmig gestaltet, mit dem kolbenförmigen Theil nach oben, mit dem schmalen verengten Theil nach unten gerichtet." Diesen mikroskopischen Befund kann man bei langen schmalen Papillen sehr häufig constatiren; er ist jedoch für das, was er beweisen soll, eine Abschnürung der Papille durchaus belanglos. Ries (l. c.) hat dies schon sehr treffend nachgewiesen, so dass ich auf ihn verweisen kann. Ich will daher nur ganz kurz die Verhältnisse stereometrisch beleuchten:

Wenn die Papille etwa einem (mathematischen) Kegel mit abgestumpfter Spitze gleicht, so sind die Quer- und Längsschnitte Kegelschnitte, d. h. Kreise, Ellipsen, Parabeln, Hyperbeln. Es ist daher durchaus unerlaubt, aus der ellipsoiden Form (Neumann's Birn- und Flaschenform) etwas Anderes zu schliessen, als dass der Schnitt die Papille schief getroffen hat.

Die Theorie, dass das Wesen der Psoriasis in einer primären Erkrankung der Epidermis bestände, dass sie eine Hyperakanthose, Parakanthose, Hyperkeratose oder Parakeratose sei, entspricht weder den herrschenden pathologischen Anschauungen, noch ist sie durch irgend welche histologische, stichhaltige Befunde gestützt; sie widerspricht vielmehr den von anderen Forschern und mir gefundenen

---

d1) Zur Histologie der Psoriasis vulgaris. Med. Jahrb. 1879, S. 67.

anatomischen Daten so vollkommen, dass ich sie als unhaltbar bezeichnen zu dürfen glaube.

Die Anhänger immer primären Erkrankung der Gefässhaut bezeichnen diese zum Theile als entzündliche (Rindfleisch, Hebra, Kaposi).

Hiergegen ist schon lange, besonders von den Anhängern der primären Epithelerkrankung, eine Reihe von Einwendungen erhoben worden, die ich zusammenfassen will:

1. Es fehlt die flüssige Exsudation;
2. es fehlt Eiterung, Granulations- und Narbenbildung;
3. es fehlt Temperaturerhöhung und Schmerz.

Bekanntlich gehören zur Entzündung folgende 5 Cardinalsymptome: Rubor, Tumor, Calor, Dolor, Functio laesa. Es fehlen bei der Psoriasis Calor und Dolor gänzlich und regelmässig; der Tumor insofern, als keine flüssige Exsudation vorhanden ist. Wenn das schon bedeutende Momente gegen die entzündliche Natur darstellen, so sind die folgenden, glaube ich, entscheidend: Nie beobachtet man, weder bei der acutesten Eruption, noch bei der langdauerndsten Granulationsbildung. Ich habe schon Seite 38 auf die Wichtigkeit dieser Erscheinungen aufmerksam gemacht. Die grosse Gruppe der Eczeme, die doch wohl die eigentliche Entzündung der Cutis vasculosa darstellt, verhält sich anders. Hier kommt es zu Exsudation, Eiterung und kann es wenigstens zu oberflächlicher Narbenbildung kommen. Bei der Psoriasis kommen diese Erscheinungen nach dem übereinstimmenden Urtheil aller Autoren nicht vor. Noch ein Moment erscheint mir wichtig, auf das Ries (l. c.) aufmerksam zu machen: Bei allgemeiner und plötzlich über den ganzen Körper ausbrechender Psoriasis fehlen jegliche Allgemeinerscheinungen und vor Allem jegliches Fieber. Auch dieses Verhalten widerspricht unseren Erfahrungen über die Processe, die wir sonst den Entzündungen einzureihen pflegen.

Es ist sicher Conventionssache, ob man einen Process als Entzündung bezeichnen will oder nicht. Für die Erkennung des Wesens haben wir nichts mit einem solchen Entscheid gewonnen. Für die gegenseitige Verständigung ist es jedoch sicher nachtheilig, wenn wir unter dem wenigstens einigermassen begrenzten Begriff der Entzündung Processe subsumiren wollen, die so zahlreiche

für die Entzündung als charakteristisch geltende Merkmale entbehren, wie die Psoriasis.

Ich möchte deshalb die Psoriasis als „nicht entzündlich“ bezeichnen und will damit sagen, dass ihr der Dolor, Calor, die flüssige Exsudation, die Eiterung, die Granulations- und Narbenbildung und die Fiebererscheinungen bei allgemeinem Ausbruch beständig und regelmässig fehlen.

Dass man die Psoriasis auch nicht als Hyperämie schlechtweg bezeichnen darf, wie es Wendel[e1]) gethan hat, brauche ich wohl nicht weiter darzuthun.

Wenn ich selbst nach einer Stellung im pathologischen System für die Psoriasis suchen soll, so würde ich, auf die anatomischen Befunde gestützt, vorschlagen, dieselbe unter die progressiven Ernährungsstörungen einzureihen und sie als eine Hypertrophie der Parenchymhaut aufzufassen, deren eigenartiger Charakter als „Schuppenflechte“ durch die zahllosen Wanderzellen, die das Epithel durchsetzen und die Hornhautbildung verhindern, bedingt wird. Den primären Process in der Cutis vasculosa näher zu bezeichnen scheint mir nicht möglich, da wir in der Pathologie bislang keine Bezeichnung haben für Processe, deren histologischer Charakter wohl entzündungsähnlich genannt werden kann, deren klinischer jedoch diese Bezeichnung als fehlerhaft erscheinen lässt.

Noch schwieriger, wie der Psoriasis eine Stellung in der Pathologie anzuweisen, ist die Frage nach der Aetiologie derselben zu beantworten.

Wir haben es hier nur mit Hypothesen zu thun, die mehr oder weniger Wahrscheinlichkeitsgründe für sich haben. Im Ganzen, glaube ich, sind folgende vertreten:

1. Parasitäre Theorie;
2. dyskrasische Theorie;
3. locale Disposition der Haut, auf Reize mit Psoriasis zu antworten;
4. neuropathische Theorie.

Die parasitäre Theorie stützte sich erstens auf die Ansicht,

---

e1) Inaug.-Dissert., Jena 1875.

dass die Epidermis primär erkrankte, und dass die Pilze, etwa nach Art des Trichophyton tonsurans, es gerade wären, welche diese Erkrankung durch die Wucherung in der Epidermis hervorriefen, zweitens auf die klinische Erscheinung des peripheren Wachsthums der Efflorescenzen. Die Ansicht der primären Epithelerkrankung glaube ich widerlegt zu haben; bezüglich des peripheren Wachsthums kann man mit Recht geltend machen, dass auch andere, sicher nicht parasitäre Erkrankungen in derselben Weise wachsen: acute Arzneierytheme, Leukoderma syphiliticum et non syphiliticum, Pigmentanomalien, Naevi, vieler Erkrankungen, deren Aetiologie dunkel ist, Lupus erythemadodes, Lichen ruber nicht zu gedenken.

Trotzdem man aber keine Pilze gefunden hat und auch keinen triftigen Grund für die nothwendige Existenz[1]) derselben anzuführen vermag, ist doch die Möglichkeit, dass Pilze Ursache der Erkrankung sind, nicht ausgeschlossen. Ihren Sitz darf man jedoch nicht in den Schuppen, wie bisher suchen, sondern in der Cutis vasculosa, dem primären Sitz der Psoriasis. Der parasitären Theorie steht nur entgegen, dass die Psoriasis bei allgemeiner Eruption kein Fieber veranlasst, was mit unseren bisherigen Erfahrungen über die Gepflogenheit der Pilze im Ganzen nicht übereinstimmt. Wir haben allerdings in der Syphilis eine contagiöse Krankheit, deren Allgemeineruption ohne Fieber auftreten kann, doch ist sie durch andere Allgemeinerscheinungen und den Milztumor deutlich als Infectionskrankheit charakterisirt.

Was die dyskrasische Theorie der Franzosen anlangt, so wüsste ich nicht, was einer solchen allgemeinen Annahme widerspräche: nur kommen wir durch diese um keinen Schritt weiter. So lange diese Dyskrasie durch nichts Specielles definirt ist (abgesehen von der Erblichkeit der Psoriasis) bleibt sie ein unverständlicher Name für eine unverständliche Sache.

---

[1]) Die angeblichen Uebertragungen vom Thier auf Menschen und umgekehrt (Höring: Med. Correspondenzbl. d. Württemb. Aerzt.-Ver. 1856. S. 149; Hafner: Ebenda S. 254; Lassar: Berliner Klin. Wochenschr. 1885, S. 771; Tenhold: Correspondenzbl. d. allg. ärztl. Ver. von Thüringen 1888, S. 280) sind nicht einwurfsfrei, zumal der Beweis, dass es sich wirklich um Psoriasis handelt, nicht erbracht worden ist.

Näher bestimmt ist diese Disposition durch Köbner und Wurtzdorffer,[f1]) welche aus der Möglichkeit, durch äussere Hautreize bei Psoriatikern Psoriasis zu erzeugen, auf eine locale Veranlagung der Haut für Psoriasis geschlossen haben. In der Annahme dieser Prädisposition der Haut liegt sicher gegenüber den Franzosen ein Fortschritt; jedoch befriedigt auch sie noch sehr wenig, da wir gar nicht wissen, worin diese Disposition besteht und wodurch sie veranlasst und erworben werden kann. Noch mehr verliert sie aber an Gewicht, wenn wir bedenken, dass auch Efflorescenzen anderer Krankheiten, darunter sicher contagiöse, auf dieselbe Weise erzeugt werden können (Lichen planus, Urticaria, Lues, Variola (Weyl l. c.)

Die vierte Theorie ist die neuropathische, die sich auf Einzelbeobachtungen stützt.[g1])

Die bekannteste ist das symmetrische Auftreten der Psoriasisplaques. Als weiteres neuropathisches Symptom möchte ich den acuten Ausbruch einer Psoriasis universalis nach localer Chrysarobinbehandlung ansehen, da es wohl keine andere Verbindung zwischen einer Hautstelle und der ganzen übrigen Hautoberfläche gibt, als die Nerven auf reflectorischem Wege. Hieher könnte auch die Beobachtung des an der Neisser'schen Klinik in Breslau angestellten, äusserst intelligenten Krankenwärters Dollhopf gehören, dass viele Psoriatiker Brüche haben. Eine analoge Erkrankung der Haut auf reflectorischem Wege vom Digestionsapparate besitzen wir in der Urticaria ex ingestis.

Bourdillon (Psoriasis et arthopathies, Thèse, Paris 1888) beschreibt in einer sehr sorgfältigen Arbeit 36 Fälle von Psoriasis mit gleichzeitigen neuritischen Gelenksaffectionen, die er mit der Psoriasis ätiologisch in Verbindung bringt.

Wenn diese einzelnen Beobachtungen auch noch nicht zu

[f1]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1876, S. 329 u. 559.

[g1]) Koslow: Ueber neuropathische Symptome in 2 Fällen von Psoriasis. Russkaja Medizina 1888. Refer. im Arch. f. Derm. 1889.

Speransky: Ein Fall von seltener Localisation der Psoriasis. Ebenda; refer. im Arch. f. Derm. 1889.

Skirsky: Psoriasis als eines der Symptome der Tabes dorsalis. St. Petersburger med. Wochenschr. 1888, 3, pag. 21—23; refer. im Arch. f. Derm. u. Syph. 1888, S. 619.

weitgehenden Schlüssen berechtigen, so glaube ich doch, dass sie geeignet sind, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf den allgemeinen Zustand der Psoriatiker in höherem Masse hinzulenken, als es seit Hebra der Fall ist.

Die Aetiologie der Psoriasis ist also noch völlig unbekannt, und nur insofern glaube ich durch die vorliegende Arbeit einen Fortschritt in dieser Frage verzeichnen zu können, als die Annahme eines oberflächlichen Epidermispilzes als ausgeschlossen erscheint.

Literatur über den feineren Bau der Stachelzellen und den Verhornungsprocess.

1857. 1. Oehl E. Indagini di anatomia microscopica per servire allo studio dell' epidermide e della cute palmare della manu. Ann. univers. di med. 1857.

1864. 2. Schulze Max. Die Stachel- und Riffzellen der tieferen Schichten der Epidermis dicker Pflasterepithelien und der Epithelial-Krebse. Virchow's Arch. 30, S. 260. — 3. Bizzozero G. Ann. univers. di med. Ottobre.

1867. 4. Schulze F. E. Epithel- und Drüsenzellen. Arch. f. mikr. Anat.

1869. 5. Aufhammer. Kritische Bemerkungen zu Schröns Satz: „Lo strato corn.“ etc. Verhandl. d. physik. med. Gesellsch. in Würzburg. Bd. I, S. 192.

1871. 6. Bizzozero G. Sulla struttura degli epiteli pavimentosi stratificatò. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1871.

1872. 7. Langerhans P. Ueber mehrschichtige Epithelien. Virchow's Arch., Bd. 58, S. 83.

1873. 8. Lott G. Ueber den feineren Bau und die physiologische Regeneration der Epithelien insbesondere der geschichteten Pflasterepithelien. Untersuchungen aus d. Inst. f. Physiol. und Histol. in Graz, herausgeg. von Rollet. 3. Heft, S. 266. — 9. Langerhans P. Ueber Tastkörperchen und Rete Malpighi. Arch. f. mikr. Anat., Bd. IX, S. 737. — 10. Langerhans P. Ueber die Haut der Larve von Salamandra maculata. Arch. f. mikr. Ann., Bd. IX. — 11. Heitzmann C. Untersuchungen über das Protoplasma. Sitzungsber. d. Wiener Akad., Abth. III, Heft 4. — 12. Heitzmann C. Ueber das Verhältniss zwischen Protoplasma und Grundsubstanz im Thierkörper. Sitzungsber. d. Wiener Akad., Abth. III, Heft 5.

1875. 13. Ranvier. Traité technique d'Histologie.

1876. 14. Unna. Beiträge zur Histologie und Entwicklungsgeschichte der menschlichen Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde. Arch. f. mikr. Anat., Bd. XII, S. 665. — 15. Leydig F. Ueber die allgemeinen Bedeckungen der Amphibien. Arch. f. mikr. Anat., Bd. XII, S. 119. — 16. Key A. und Retzius G. Till könne dommen om saft banorna i människaus hud. Nordisk Medicinskt Arkiv, Bd. XII, B. 8, Nr. 5.

1879. 17. Ranvier. Nouvelles recherches sur le mode d'union des cellules du corps muqueux de Malpighi. Comptes-rendus de l'Acad. des Sciences, 20. Octobre.

1880. 18. Zabludowsky J. Der Verhornungsprocess während des Embryonallebens. Schenk's Mittheilungen aus dem Embryologischen Institut der k. k. Universität in Wien, Bd. II, S. 65. — 19. Ranvier L. Sur une substance nouvelle de l'épiderme et sur le processus de keratinisation du revêtement épidermique. Comptes-rendus, t. 88, S. 1361. — 20. Ranvier. Sur la structure des glandes sudoripares. Comptes-rendus, t. 89. S. 1120. — 21. Renaut J. Sur les gaînes internes et externes des poils. Comptes-rendus hebdom. des séances de l'Acad. des Sciences, t. 91, S. 1034. — 22. Renaut J. Anatomie pathologique de l'acne varioliforme. Ann. de derm. et de syph., II. Série, t. 1, Nr. 3, S. 397. — 23. Elsberg L. Microscopical Study of Papilloma of the larynx. Arch. of Laryngology, New-York, vol. I. — 24. Pfitzner W. Die Epidermis der Amphibien. Morphologisches Jahrbuch, Bd. 6. — 25. Tromman O. Sitzungsber. d. Jen. Gesellschaft, 5. März.

1882. 26. Unna. Ueber das Keratohyalin. Monatsschr. f. prakt. Derm., I., Heft 10. — 27. Ranvier. Sur la structure des cellules du corps muqueux de Malpighi. Comptes-rendus de l'Acad. d. Sc., t. 95, Décembre. 28. Waldeyer W. Untersuchungen über die Histiogenese der Horngebilde, insbesondere der Haare und der Federn. Festgabe für J. Henle. S. 141. 29. Flemming W. Zellsubstanz, Kern- und Zelltheilung. Leipzig.

1883. 30. Unna. Entwicklungsgeschichte und Anatomie der Haut. Ziemssen's Handb. d. Hautkrankh., Bd. I. — 31. Heitzmann C. Microscopical Morphology of the Animal body in health and disease. New-York 1883. — 32. Heitzmann C. Ueber den feineren Bau des Glaskörpers. Klin. Monatschr. f. Augenheilk., Jahrg. XXI, Beilage. — 33. Sheridan-Delephine. Contribution to the study of prickles-cells. Journ. of Anat. and Physiol., vol. XVIII, pag. 4.

1884. 34. Ranvier De l'éléidine et de la repartition de cette substance dans la peau, la muqueuse buccale et la muqueuse oesophagienne des vertébres. Arch. d. Physiol. 1884. — 35. Henle. Das Wachsthum des Nagels und des Hufes. Abhandl. d. kg. Ges. d. Wissensch. zu Göttingen, Bd. 31, S. 3. — 36. Bizzozero. Gazetta delle cliniche di Torino. Decembre. — 37. Mitrophanow P. Ueber die Intercellularlücken im Epithel. Zeitschr. f. wissensch. Zoologie, Heft 2.

1885. 38. Bizzozero. Ueber den Bau der geschichteten Pflasterepithelien. Internat. Monatschr. f. Anat. u. Histol., Bd. II, 1885. — 39. Severin. Untersuchungen über das Mundepithel bei Säugethieren mit Bezug auf Verhornung etc. Arch. f. mikr. Anat., Bd. 26. — 40. Severin. Ueber dasselbe Thema. Dissert., Kiel. — 41. Renaut J. Sur les fibres unitives des cellules du corps muqueux de Malphigi. Comptes-rendus de la 14. session de l'Association française pour l'avancement des sciences, pag. II.

1886. 42. Ramon y Cajal. Contribution à l'étude des cellules anastomosées des epitheliums pavimenteux stratifiés. Journ. internat. mensuel d'Anat. et d'Histol., t. III, 1886, pag. 250. — 43. Prenant A. Sur la morphologie des épitheliums. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. — 44. Ranvier. Lettre addressée à la rédaction. Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Histol., Bd. III, S. 1.

1887. 45. Behn. Studien über die Hornschicht der menschlichen Haut. Kiel, Dissert. — 46. Reinke. Untersuchungen über die Horngebilde. Arch. f. mikr. Anat., Bd. 30, S. 198. — 47. Guaita L. Contribuzione

alla aitologia degli epitelii del cristallino. Sienna. — 48. Renaut J. Sur l'évolution épidermique et l'évolution cornée des cellules du corps muqueux de Malpighi. Comptes-rendus de l'Académie de sciences, t. 104, Nr. 4.

1888. 49. Manile Ide. La membrane des cellules du corps muqueux de Malpighi. La cellule. T. IV, 2. fascicule, pag. 403, Janvier. — 50. Manile Ide. Cell-membrane. Journ. of the Royal Mikr. Society. P. 5, pag. 712. — 51. Krause. Beiträge zur Kenntniss der Haut des Affen. Berlin, Dissert. — 52. Zander. Untersuchungen über den Verhornungsprocess. Arch. f. Anat. u. Entwicklungsgesch., S. 51. — 53. Unna. Fortschritte der Hautanatomie in den letzten 5 Jahren. Monatsh. f. prakt. Derm.

1889. 54. Blaschko. Ueber den Verhornungsprocess. Verhandl. d. derm. Gesellsch., S. 232. — 55. Herxheimer. Ueber eigenthümliche Fasern im Epithel. Arch. f. Derm. u. Syph. 1889, S. 645. — 56. Kölliker. Handbuch der Gewebelehre. — 57. Buzzi. Eleidin und Keratohyalin. Prakt. Monatsh. f. Derm. 1889. — 58. Mertsching. Histologische Studien über Keratohyalin und Pigment. Virchow's Arch., Bd. 116, S. 484. — 59. Posner. Untersuchungen über Schleimhautverhornungen. Virchow's Arch., Bd. 118, S. 391.

1890. 60. Kromayer E. Ueber die Deutung der von Herxheimer im Epithel beschriebenen Fasern. Arch. f. Derm. u. Syph., S. 87.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel XVIII.

Fig. 1. Querschnitt einer Psoriasisefflorescenz. Boraxcarmin. Weigert. (Siehe S. 571.)

aa Normale Haut.
bb Psoriasisfleck.
c Hornschicht.
d Zellig infiltrirte Cutis vasculosa.
f Cutis.

Fig. 2. Querschnitt eines Psoriasisfleckes, an welchem man deutlich erkennen kann, dass die zellige Infiltration der Gefässhaut am stärksten in der Nähe der Gefässe ist. (Siehe S. 570.) Boraxcarmin.

a Hornschicht mit gefärbten Kernen.
b Rete Malpighi.
c Cutis vasculosa.
d Gefässe.

Fig. 3. Querschnitt eines Psoriasisfleckes, dessen mächtig gewuchertes Rete über den Retezapfen zahlreiche Keratohyalinzellen aufweist.

a Hornschicht.
b Rete.
c Keratohyalinhaltige Zellen.
d Stellen über den Spitzen der Papillen, wo das Keratohyalin fehlt.
e Papillen.

Fig. 4. Psoriasisschüppchen. Vesuvin. (Siehe S. 580.)
a Kerne von Rundzellen und Trümmer von solchen.
b Epithelkerne.

Fig. 5. Querschnitt einer Psoriasisschuppe. Vesuvin. (Siehe S. 580.)
aa Normale Hornschicht.
bb Hornschicht mit färbbaren Epithelkernen.
cc Kerne von Rundzellen.

Fig. 6. Hornhautschnittchen von einer Fingerkuppe, verdaut. Pikrocarmin.
a Horngerüst; der Inhalt der Zellen ist verdaut. (Siehe S. 583.)
b Hornzellen, deren Inhalt durch Pikrocarmin gelb, deren Hornmembran roth gefärbt ist.

Fig. 7. Partie aus dem Rete Malpighi. Boraxcarmin, Weigert. (Siehe S. 592).
a Zellen, in denen die Fasern hauptsächlich in der Längsrichtung der Zellen und Kerne verlaufen.

Fig. 8. Querschnitt durch frische Haut der Planta pedis. Pikrocarmin; verdaut. (Siehe S. 587.)
a Rete Malpighi.
b Hornhaut.
c Stratum granulosum.
d Basale Cylinderzellenschicht.
e Bindegewebe.

Fig. 9. Querschnitt durch frische Haut der Planta pedis, welcher 8 Tage in Glycerin gelegen hat; verdaut; Pikrocarmin. (Siehe S. 588 u. 589).
a Stratum lucidum.
b Stratum granulosum.
c Gefässhaut.

Fig. 10. Partie von dem untersten Theile des Rete. Weigert. (Siehe S. 591.)
a Geschlängelte Basalfasern.

Fig. 11. Partie aus einem Flachschnitt durch die Epidermis der Planta pedis. Weigert. (Siehe S. 592 und 594.) (Oelimmersion.)
aa Zellen mit beginnendem Zerfall des Fasergerüstes.
b Ausgebildete keratohyalinhaltige Zelle.

Fig. 12. Zelle aus Fig. 11. Oelimmersion. Starkes Ocular. Bei *aa* beginnender Zerfall der Epithelfasern. (Siehe S. 592 und 594.)

Fig. 13. Schema
a eines Querschnittes einer „spindel"-förmigen Epithelzelle. (Siehe S. 593.)
α Fasern auf dem Längsschnitte getroffen.
β Fasern auf dem Querschnitte getroffen.
γ Der Kern.

b eines Längsschnittes derselben Zelle. (Siehe S. 593.)

α Der Kern.

β Die den Kern umspinnenden Fasern.

c eines Querschnittes derselben Zelle mit beginnender Keratohyalinbildung. (Siehe S. 593.)

α Kern der Zelle.

β Keratohyalinkörner.

d eines Längsschnittes derselben Zelle.

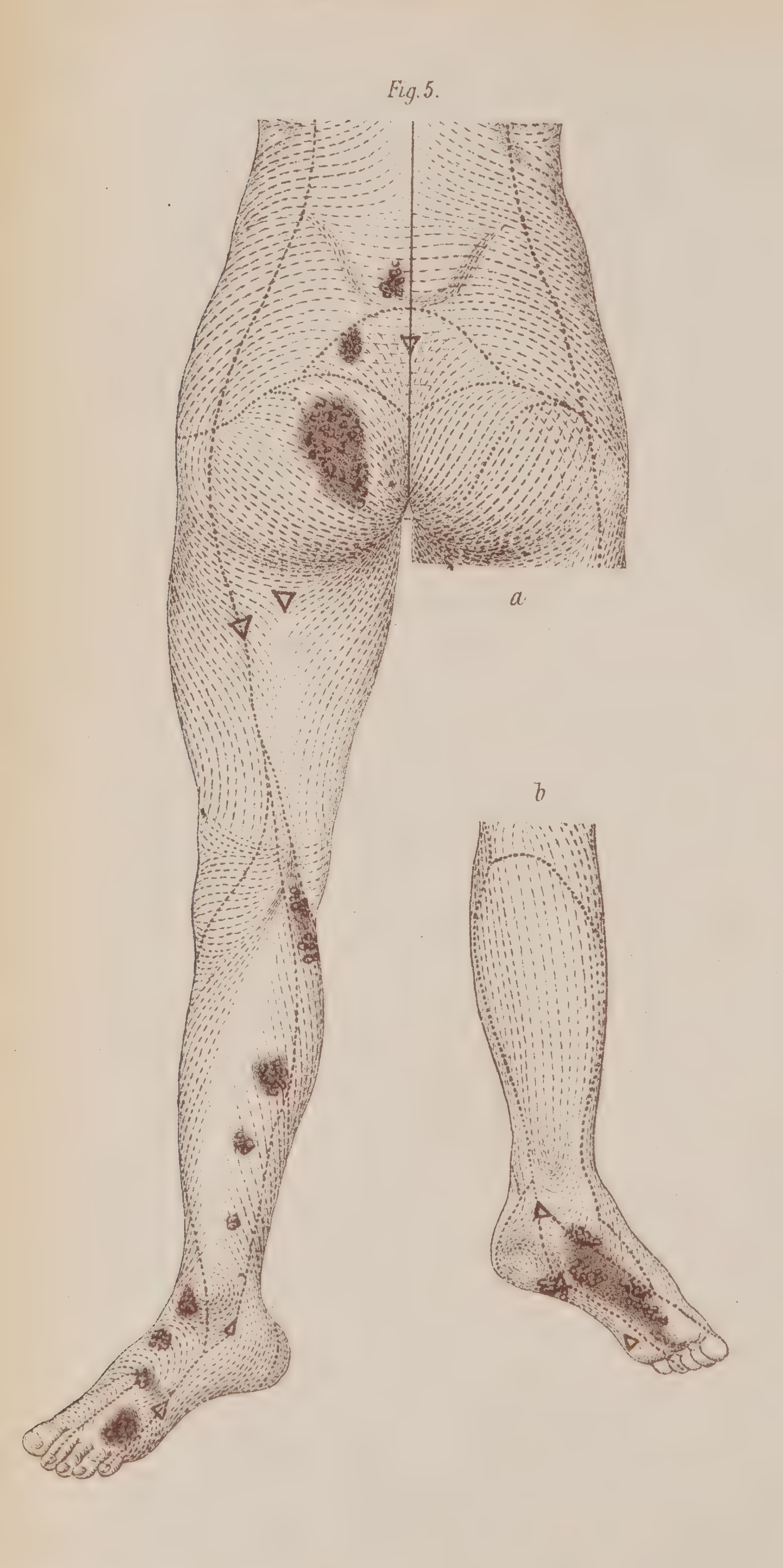
α Kern der Zelle.

β Keratohyalin.









Weis: Über epidemischen Zoster.



Lith. Anst. v. Th. Bannwarth Wien,





Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1890.

Fig. 8.

a

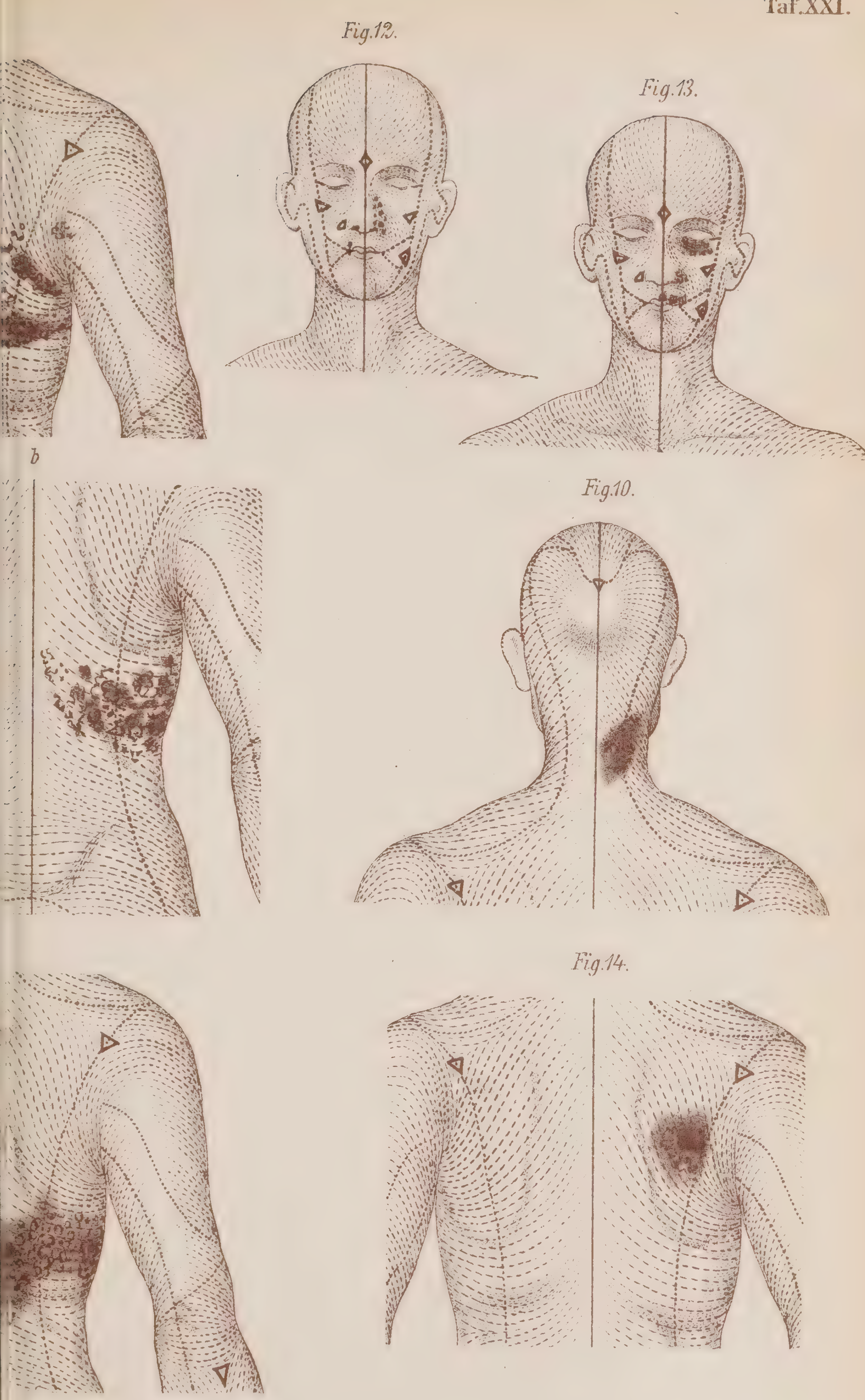
a

Fig. 9.

a

Fig. 11.

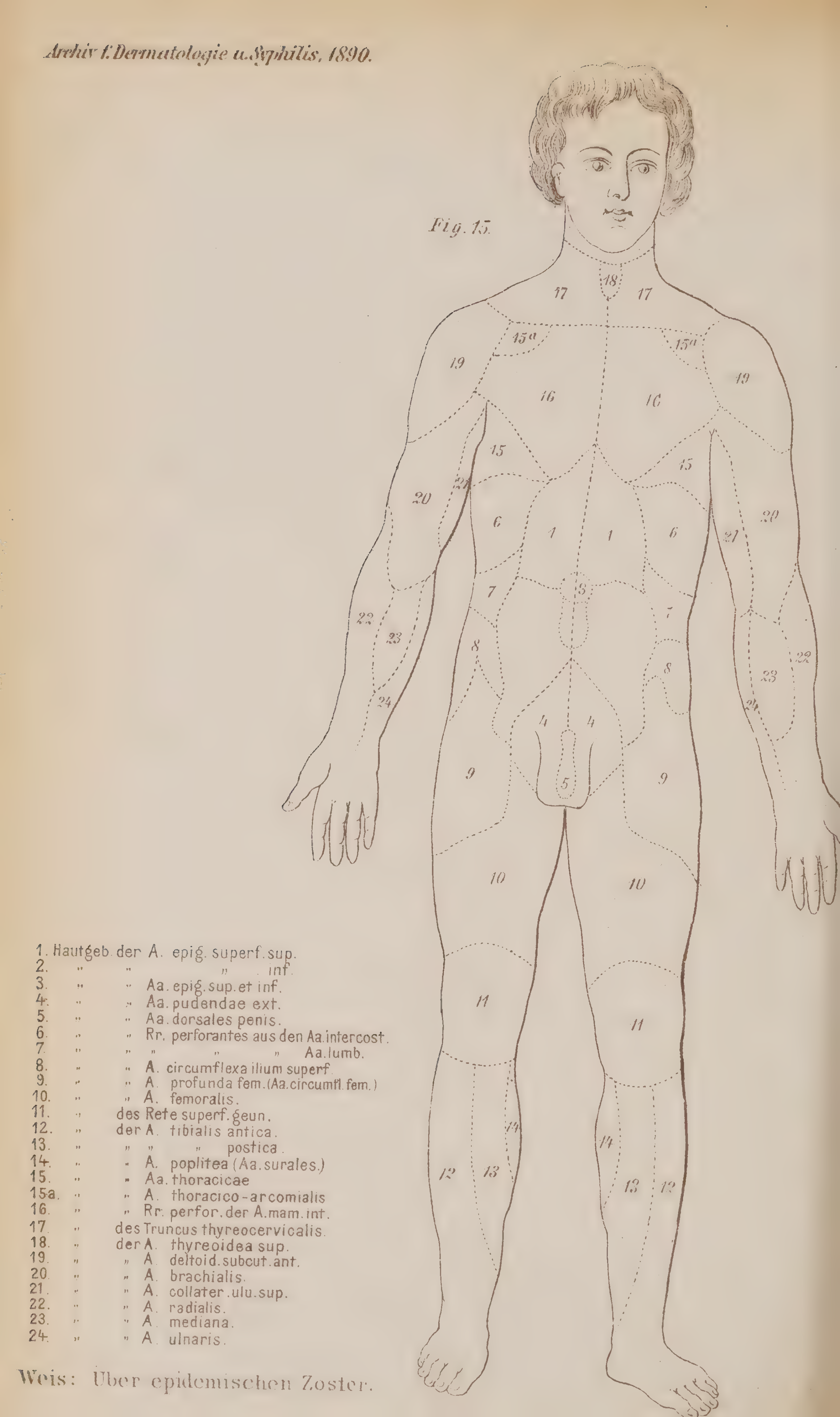
Weis: Über epidemischen Zoster.



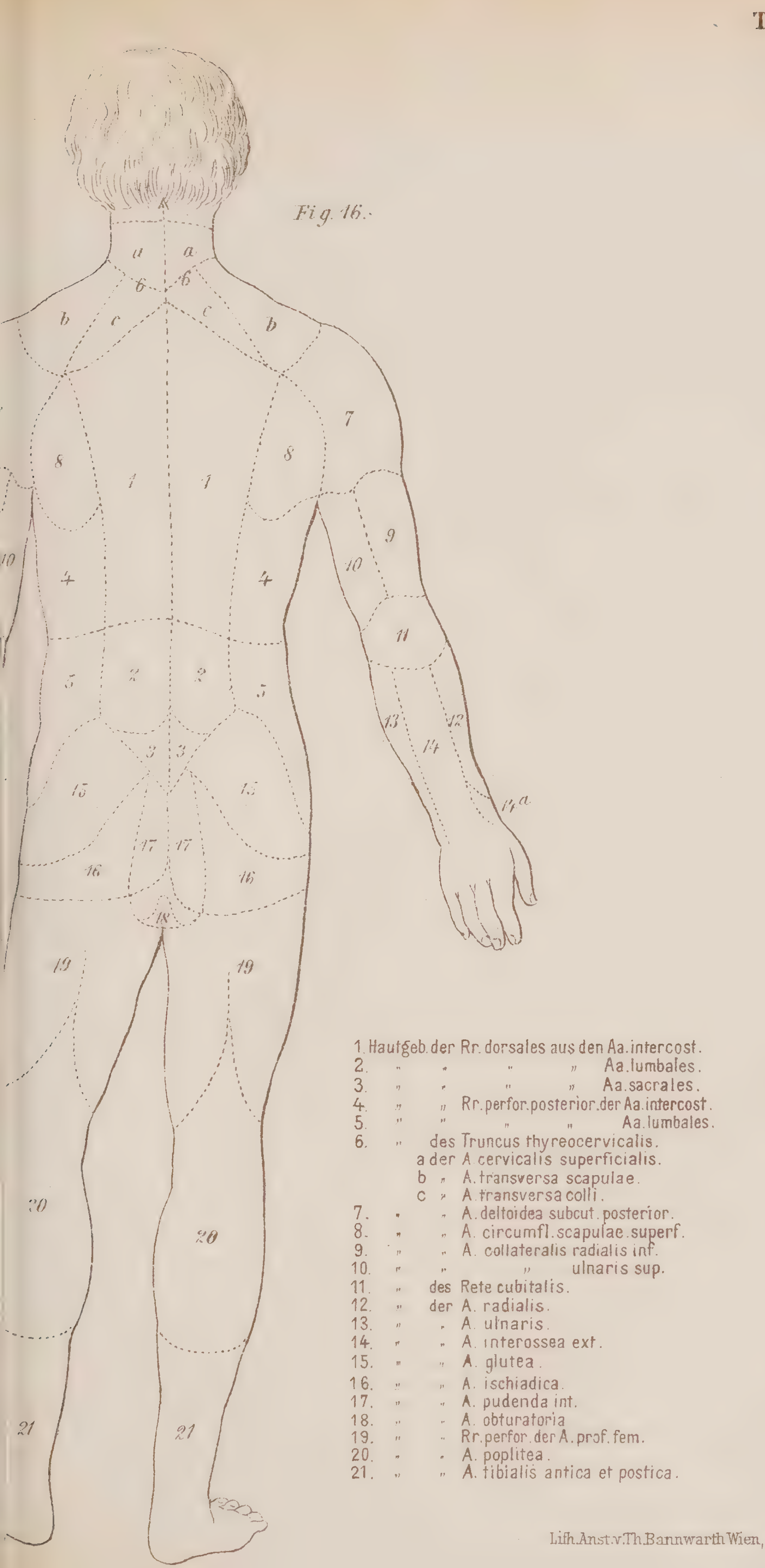
Lith. Anst. v. Th. Bannwarth Wien.







Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 1890.
Fig. 15.
1. Hautgeb. der A. epig. superf. sup.
2. " " " inf.
3. " " Aa. epig. sup. et inf.
4. " " Aa. pudendae ext.
5. " " Aa. dorsales penis.
6. " " Rr. perforantes aus den Aa. intercost.
7. " " " " " Aa. lumb.
8. " " A. circumflexa ilium superf.
9. " " A. profunda fem. (Aa. circumfl. fem.)
10. " " A. femoralis.
11. " des Rete superf. geun.
12. " der A. tibialis antica.
13. " " " postica.
14. " " A. poplitea (Aa. surales.)
15. " " Aa. thoracicae
15a. " " A. thoracico-arcomialis
16. " " Rr. perfor. der A. mam. int.
17. " des Truncus thyreocervicalis.
18. " der A. thyreoidea sup.
19. " " A. deltoid. subcut. ant.
20. " " A. brachialis.
21. " " A. collater. ulu. sup.
22. " " A. radialis.
23. " " A. mediana.
24. " " A. ulnaris.
Weis: Über epidemischen Zoster.



1. Hautgeb. der Rr. dorsales aus den Aa. intercost.
2. " " " " Aa. lumbales.
3. " " " " Aa. sacrales.
4. " " Rr. perfor. posterior. der Aa. intercost.
5. " " " " Aa. lumbales.
6. " des Truncus thyreocervicalis.
   a der A. cervicalis superficialis.
   b " A. transversa scapulae.
   c " A. transversa colli.
7. " " A. deltoidea subcut. posterior.
8. " " A. circumfl. scapulae superf.
9. " " A. collateralis radialis inf.
10. " " " ulnaris sup.
11. " des Rete cubitalis.
12. " der A. radialis.
13. " " A. ulnaris.
14. " " A. interossea ext.
15. " " A. glutea.
16. " " A. ischiadica.
17. " " A. pudenda int.
18. " " A. obturatoria
19. " " Rr. perfor. der A. prof. fem.
20. " " A. poplitea.
21. " " A. tibialis antica et postica.

Lith. Anst. v. Th. Bannwarth Wien,



Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten und Syphilis des Prof. F. J. Pick in Prag.

Ueber epidemischen Zoster.

Von

Dr. Emil Weis,
Externarzt der Klinik.

(Hiezu Tafel XIX—XXII.)

An Beobachtungen über epidemisches Auftreten von Herpes zoster fehlt es in der Literatur nicht. Wenn wir davon absehen, dass das gehäufte Auftreten von Zoster in gewissen Monaten (Frühjahr und Herbst) allenthalben bekannt war und hervorgehoben wurde, und wenn wir nur auf die neuere Literatur Rücksicht nehmen, so finden wir, dass Rohè,[1]) welcher das epidemische Auftreten von Zoster bespricht und abhandelt, sich dabei auf zwei englische Autoren beruft, von denen der eine, Neligan[2]) schon im Jahre 1852, der andere, Tilbury Fox[3]) im Jahre 1871 die gleichen Beobachtungen mittheilte und letzterer namentlich anführt, dass Kinder zu gewissen Zeiten, besonders im Herbste und Winter an epidemischem Zoster erkranken. Im Jahre 1883 berichtete Zimmerlin im Correspondenzblatte der Schweizer Aerzte „Ueber die mit Pneumonie complicirte Zosterepidemie im Basler Bürgerhospital" 30 Fälle, doch waren diese Fälle, wie ich Kopp[4])

[1]) Rohè, The Pathology of Herpes zoster. — Arch. of Derm. 1877.
[2]) Neligan, Dis. of the skin 1852.
[3]) Tilbury Fox, Skin. Diseases 1871.
[4]) Die Trophoneurosen der Haut. Von Dr. Carl Kopp, Wien 1886.

entnehme, solche von Herpes facialis und nasalis, sind also streng genommen, wenigstens vorläufig, nicht hieher zu rechnen. Dann publicirte Lange in der Med. Centralzeitung 1884 über eine Zosterepidemie in Stettin und C. Fischer im Correspondenzblatte der Schweizer Aerzte 1887, über 6 Fälle in Rott. Der Bericht über alle drei Arbeiten findet sich in der Monographie Pfeiffer's: „Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien", von der weiterhin ausführlich gesprochen werden soll.

Ueber eine Wiener Zosterepidemie im Jahre 1888 hat Kaposi[1]) am ersten Congresse der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Prag referirt.

Auch wir konnten, wie schon in früheren Jahren, an unserer Klinik im Verlaufe des heurigen Frühjahres eine „Zosterepidemie" beobachten. In einem Zeitraume von kaum 2 Monaten kamen 15 Fälle von Zoster in Behandlung, und wir sind umso mehr berechtigt, dieses gehäufte Auftreten als epidemisch zu bezeichnen, als seit Beginn des Jahres nur 3 Fälle, und von diesen 2 interessanter Weise im Anschlusse an Influenza und zwar in den Monaten Januar und Februar zur Beobachtung kamen, während wir hierauf durch 2 Monate keinen Fall sahen. Ich will gleich hier erwähnen, dass während der letzten Zeit auch auffallend zahlreiche Fälle von Herpes labialis und progenitalis in unserem klinischen Ambulatorium sich vorstellten, eine Beobachtung, welche vielleicht im Stande ist, zur Entscheidung über die Frage des Zusammenhanges dieser Herpesformen mit dem Zoster einen Beitrag zu liefern, ohne dass wir, vorläufig wenigstens, diese Fälle hier in Rechnung bringen wollen.

Als wichtigste Erscheinung der neuesten Zosterliteratur ist jedenfalls die äusserst gründliche, streng auf dem Boden, sowohl der klinischen, als anatomisch festgestellten Thatsachen fussende Arbeit Pfeiffer's[2]) anzusehen, die als Resultat einer Sammelforschung

---

[1]) Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Erster Congress, abgehalten zu Prag, 10.--12. Juni 1890. Herausgegeben von Prof. Dr. F. J. Pick und Prof. Dr. A. Neisser. Wien 1889.

[2]) Pfeiffer, Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien etc. — Jena 1889.

von 117 Zosterfällen erschienen ist. Dieselbe geht von der Auffassung aus, dass Zoster den Infectionskrankheiten zuzuzählen sei. Sie stützt diese Auffassung auf das epidemische Auftreten, die Seltenheit des Recidivirens, die angeblich beobachtete Contagiosität und verfolgt den Gedanken, dass das anzunehmende Virus den sozusagen natürlichen Wegen, den Blutgefässen, folge und sich entlang derselben ausbreite, eine Auffassung, die, wenn sie sich als richtig herausstellen würde, geeignet wäre, die Theorie vom nervösen Charakter des Zoster wesentlich zu alteriren.

Um diese Frage zur Entscheidung zu bringen oder wenigstens der Entscheidung näher zu rücken, ist es nothwendig, die Localisation der Herpeseruptionen in der Richtung zu verfolgen, ob sie sich an das Gebiet einer einzigen oder mehrerer, jedenfalls aber demselben Stammgefässe entspringender Arterien hält oder nicht und umgekehrt, ob die Localisation mit dem Verlaufe eines einzigen oder mehrerer, demselben Plexus entspringender Nerven streng übereinstimmt.

Die Lösung der ersten Frage ist dadurch erschwert, dass im Gebiete der Hautarterien vielfache Anastomosen stattfinden, selbst zwischen Gefässen, die aus ganz getrennten Gefässgebieten stammen; doch kann man im Ganzen und Grossen gewisse Hautpartien vollständig begrenzen. Das Gebiet der Hautnerven ist in dieser Beziehung leichter zu verfolgen.

Unsere Fälle nach beiden Richtungen, in Bezug auf ihren epidemischen Charakter und rücksichtlich der Hautarterien, und Hautnervenfrage zu beurtheilen, ist der Zweck dieser, mir von meinem hochverehrten klinischen Vorstande, Herrn Prof. Pick, übertragenen Arbeit, an die ich gehen werde, nachdem ich die Krankengeschichten der beobachteten Fälle in Kürze wiedergegeben habe.

I. Fall. Herpes zoster dorso-abdominalis. (Fig. 1 *a* und *b*.)

24 Jahre alter Med. Cand. Eingetreten am 17. April 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1163.

Anamnese. Am vorhergehenden Tage verspürte der Kranke, nachdem er schon einige Tage früher an sich die Wahrnehmung einer allgemeinen Temperatursteigerung, einer Abgeschlagenheit, sowie Appetitlosigkeit gemacht hatte, an der Stelle der späteren Eruption heftiges Jucken

und Brennen. Am Morgen bemerkte er das Exanthem und begab sich in die Klinik.

Status praesens: Man findet links von der Wirbelsäule, dem zehnten Brustwirbel entsprechend, auf gerötheter Basis eine Gruppe von Bläschen, zwei Bläschengruppen in gleicher Weise in der hinteren Axillarlinie am Rippenbogen, eine in der vorderen Axillarlinie am Rippenbogen, und eine Gruppe unmittelbar am Nabel.

Das Befinden des Patienten momentan bis auf Schmerzhaftigkeit der afficirten Partie normal. Auch bieten die übrigen Organe nichts Abnormes.

II. Fall. Herpes zoster dorso-brachialis. (Fig 2.)

61 Jahre alter Schneider. Eingetreten am 6. Mai 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1353.

Anamnese: Vor drei Wochen war unmittelbar nach aussen von der rechten Mammilla die Eruption von Bläschen erfolgt. Ihrer Entstehung gingen Fieber, Appetitlosigkeit und Kopfschmerz voran, während sich zugleich mit ihrem Emporschiessen brennender Schmerz an Ort und Stelle und ausstrahlender Schmerz in der Schulter und der rechten oberen Extremität einstellte. An der Innenseite des rechten Oberarmes besteht die Affection seit dem vorhergehenden Tage. Patient verbringt die Nächte der Schmerzen wegen meist schlaflos, ist in seinem Ernährungszustande ziemlich herabgekommen.

Status praesens: Man findet die Haut um die rechte Mammilla infiltrirt, geröthet, bedeckt von unregelmässigen braunschwarzen Schorfen, nach deren Entfernung ziemlich tief gehende, neben einander stehende, 1 bis 2 Mm. im Durchmesser enthaltende Substanzverluste sich zeigen. An der Innenfläche des rechten Oberarms findet man auf geröthetem Grunde mehrere kleine Gruppen von Bläschen. Patient bietet sonst keinen pathologischen Befund, seine Schmerzen und die Störung des Allgemeinbefindens sind also nur auf seinen Zoster zu beziehen.

In Bezug auf den Zeitpunkt der Entstehung des Exanthems stimmt dieser Fall mit dem Falle I vollständig überein.

III. Fall. Herpes zoster N. trigem. R. I. et II. bilateralis. (Fig. 3.)

37 Jahre alter Fleischhauer. Eingetreten am 9. Mai 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1385.

Anamnese: Am 24. Mai 1890 war unter heftigem Fieber, das von intensiven Kopfschmerzen, die namentlich in der Stirngegend localisirt waren, und von heftigem Schnupfen begleitet war, das Exanthem aufgetreten.

Patient ist diese Zeit hindurch appetitlos, hat zeitweilig Fieberschauer, ist matt und abgeschlagen.

Status praesens: Man findet auf der linken Gesichtshälfte, über dem Jochbein in der Ausdehnung von 3 Ctm. in Gruppen zusammengestellte, seichte, epitheliale Substanzverluste, die die Grösse von Hirsekörnern zeigen, und nach Abtragung von ebenso grossen, fest haftenden Blutborken zu Tage treten. Eine kleine ungefähr einen halben Centimeter im Durchmesser enthaltende Gruppe über dem Augenbrauenbogen, eine etwas grössere an der Oberlippe. Rechterseits findet man kleine Bläschengruppen am Nasenflügel, der Nasenöffnung entsprechend, so wie an der Oberlippe. Druckschmerzpunkte im Verlaufe des N. trigeminus sind nicht auffindbar. Patient ist ein grosser, kräftig gebauter Mann, der sonst keine pathologischen Veränderungen bietet.

Nach 14 Tagen stellte sich der Patient wegen einer Genitalaffection wieder vor. Man findet an Stelle des Exanthems nur ganz seichte, glatte Narben. Sein Allgemeinbefinden ist ein vollkommen gutes.

IV. Fall. Herpes zoster pectoralis. (Fig. 4*a* und *b*.)

32 Jahre alter Sicherheitswachcommandant. Eingetreten am 13. Mai 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1452.

Anamnese: Patient gibt an, dass er in der letzten Zeit (es war eben die Zeit der Strikes) dienstlich ganz besonders angestrengt, den Unbilden der Witterung durch lange Dauer ausgesetzt ist, und viel schwitzt. Das Exanthem entstand ohne Prodromal- oder Begleiterscheinungen, mit Ausnahme von Brennen und Jucken der afficirten Hautpartie vor 4 Tagen.

Status praesens: Man findet neben dem Sternum, dem sechsten Intercostalraum entsprechend, die Haut geröthet, infiltrirt, von eingetrockneten Blutborken bedeckt; dieselben bedecken ziemlich tiefe, hanfkorngrosse Substanzverluste. Daran anschliessend, nur kleine Stellen normaler Haut freilassend, finden sich Bläschengruppen längs des ganzen Thorax bis gegen die Wirbelsäule, den sechsten Intercostalraum überbrückend.

Die infiltrirte Partie sehr schmerzhaft auf Druck, die anderen afficirten Partien zeigen keine Veränderung bezüglich der Druck- und Schmerzempfindung. Patient ist ein besonders grosser und kräftiger Mann und sonst vollkommen gesund.

Auch hier ist zu bemerken, dass in Bezug auf den Zeitpunkt der Entstehung beide Fälle übereinstimmen.

V. Fall. Herpes zoster R. II. N. trigemini.

72 Jahre alte Schuhmachersgattin. Eingetreten am 14. Mai 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1458.

Anamnese: Patientin gibt an, seit längerer Zeit an Zahnschmerzen, in jüngster Zeit an Schmerzen in der Mundhöhle zu leiden. Ob sie vorher Fieber, Kopfschmerzen oder sonstige Alterationen ihres Allgemeinbefindens gehabt, war bei der wenig intelligenten Patientin nicht zu eruiren.

Status praesens: Man findet an der linken Seite den Gaumen, einerseits bis gegen die Medianlinie — daselbst scharf abgegrenzt — anderseits bis gegen die Zahnreihe, nach hinten bis zum Arcus palato-glossus, durchsetzt von theils isolirten, theils confluirenden Epitheldefecten, welche geringe Tiefe zeigen. Bei Abtastung des Kiefers äussert die Patientin lebhafte Schmerzempfindung. Patientin bietet die dem Senium eigenen Organveränderungen. Leider konnten wir den weiteren Verlauf nicht beobachten, da die Patientin entfernt von der Stadt wohnte und sich nicht mehr vorstellte.

VI. Fall. Herpes zoster region. glut. et N. ischiadici. (Fig. 5*a* und *b*.)

19 Jahre alter Privatbeamter. Eingetreten am 17. Mai 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1487.

Anamnese: Das Exanthem war vor 2 Tagen aufgetreten. Vorausgegangene Erscheinungen von Seite des Nerven- oder Blutgefässsystems, oder Fieberbewegungen haben nach Angabe des Patienten nicht bestanden; auch ging die Eruption selbst ohne Parästhesien oder abnorme Sensationen einher, nur in loco will Patient ein heftiges Jucken und Brennen verspürt haben.

Status praesens: Man findet eine Bläschengruppe auf gerötheter Grundlage nach links vom Kreuzbein, zwei Querfinger von der Wirbelsäule entfernt. Eine zweite Gruppe ungefähr in der Mitte zwischen Rima ani und Trochanter, eine dritte, grosse Gruppe gerade über dem Tuber ischii.

Am nächsten Tage traten dann frische Gruppen auf, und zwar: Am linken Unterschenkel an der Innenfläche handbreit unter dem Condyl. intern. beginnend, continuirlich bis zur Fusssohle, an dieser reichliche Bläschenentwickelung, am Dorsum pedis vom Sprunggelenke bis zum Metatarso-Phalangealgelenke.

Patient ist gut entwickelt und sonst vollkommen gesund.

VII. Fall. Herpes zoster crur. (Fig. 6*a* und *b*.)

83 Jahre alte Försterswitwe, in klinische Behandlung eingetreten am 22. Mai 1890 unter Prot.-Nr. 7059 klin.

Anamnese: Die Affection entstand vor 3 Tagen angeblich im Anschlusse an einen längeren Spaziergang, der die 83jährige Frau sehr anstrengte. Vorläufer, bestehend in Kopfschmerzen, Fieberschauern, Appetitlosigkeit von ziemlicher Intensität. Auch war die Temperatur deutlich über den Theilen, die später von der Eruption betroffen wurden, erhöht.

Status praesens: Man findet die ganze Vorder-, Innen- und Aussenfläche des rechten Oberschenkels, angefangen von einer ungefähr handbreit unter dem Ligament. Poupart. ziehenden Linie bis zu den Femurcondylen eingenommen von zahlreichen, frischen, gruppenweise bei einander stehenden Bläschen, die von einem hellrothen Hofe umgeben sind; an einzelnen Stellen confluiren diese Bläschen, indem sie sich gleichzeitig zu Pusteln, die mit einem grüngelben Inhalte gefüllt sind, umwandeln. Auch letztere sind von einem hellrothen Hofe umgeben. Ausserdem finden sich schon zahlreiche eingetrocknete Borken. Ferner spärliche Gruppen über dem Glutaeus gegen die Rima zu und über dem Steissbein. Ueber den beiden Sprunggelenken die Haut in der Ausdehnung eines handbreiten Bandes hämorrhagisch infiltrirt, ausserdem am ganzen Körper zerstreut zahlreiche Hämorrhagien. Die Frau in Bezug auf die Körperfunctionen mit Ausnahme des Gehens merkwürdig gut thätig, in Bezug auf die psychischen Functionen ist ein häufiger Wechsel zwischen heiterer und trauriger Gemüthsstimmung zu verzeichnen.

Bei der weiteren Beobachtung des Falles zeigte es sich, dass keine frischen Eruptionen auftraten, dass sämmtliche Bläschen und Pusteln zu serösen, respective Eiterborken eintrockneten und dass auch die hämorrhagischen Infiltrate schwanden; hingegen zeigten sich Symptome von Seite des Nervensystems, indem man deutlich einen Druckschmerzpunkt im Verlaufe des N. Cruralis nachweisen konnte und die Patientin angab, an reissenden, ziehenden Schmerzen im Oberschenkel, von hier dann ausstrahlend, zu leiden.

VIII. Fall. Herpes zoster dorsalis. (Fig. 7.)

22 Jahre altes Dienstmädchen. Eingetreten am 8. Juni 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1744.

Anamnese: Vor drei Tagen empfand die Patientin am Abend, ohne dass vorher Kopfschmerzen, Fieber oder sonstige Störungen des Allgemeinbefindens vorausgegangen waren, ein heftiges Brennen am Rücken an der Stelle der späteren Eruption. Am Morgen fand eine sie besichtigende Person das Exanthem. Die locale Schmerzhaftigkeit steigerte sich derart, dass Patientin die beiden letzten Nächte schlaflos verbrachte.

Status praesens: Man findet rechts von der Wirbelsäule, dem vierten Brustwirbel entsprechend, eine Bläschengruppe, die von einem hellrosa Hofe umgeben ist. Ueber dem Angulus scapulae findet man eine grössere Gruppe, die von einem Hofe umgeben ist, der ungefähr halb so breit ist als die Gruppe.

Im Bereiche dieses rothen Hofes besteht bedeutende Reaction auf leichte Berührung, während stärkerer Druck gar keinen Schmerz verursacht.

Patientin ist ein äusserst kräftiges, sogar robustes Mädchen, die angibt, noch niemals krank gewesen zu sein.

IX. Fall. Herpes zoster dorso-pectoralis. (Fig. 8 *a* u. *b*.)

17 Jahre alter Holzschnitzer. Eingetreten am 10. Juni 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1773.

Anamnese: Der Kranke gibt an, am Tage, der dem voranging, an welchem die Eruption erfolgte, eine schwere Last gehoben zu haben, was mit besonderer Anstrengung für ihn verbunden war. Er empfand bald darauf heftige Schmerzen in der Gegend der Spina scapulae, welche von hier aus in die Schulter ausstrahlten. Fieber hatte er nicht, ebensowenig Kopfschmerzen, nur sein Appetit war vermindert.

Status praesens: Man findet an der rechten Rückenhälfte vom dritten bis zum siebenten Zwischenrippenraume über die ganze Scapula, doch sowohl nach innen, wie nach aussen die Grenzen derselben überschreitend, ferner an der Vorderfläche des Thorax in der vorderen Axillarlinie, dem vierten Zwischenrippenraume entsprechend, am Sternum die Mittellinie etwas überschreitend, zahlreiche Bläschengruppen. Am Rücken in der Gegend des vierten und fünften Brustwirbels eine nekrotische Partie. Patient ist etwas anämisch, der Befund der inneren Organe normal.

X. Fall. Herpes zoster dorso-abdominalis. (Fig. 9 *a* u. *b*.)

35 Jahre alter Geschäftsdiener. In klinische Behandlung eingetreten am 11. Juni 1890 unter Prot.-Nr. 8012 klin.

Anamnese: Am 30. v. M. trat am Rücken des Patienten rechts von der Wirbelsäule, nachdem er schon durch 4 Tage an dieser Stelle Brennen und Jucken verspürt hatte, eine umschriebene Röthung und auf Basis dieser Röthung eine Gruppe von Bläschen auf.

Das Brennen war so heftig, dass es dem Patienten den Schlaf raubte. Die Affection war begleitet von Fieberschauern, Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit. Vier Tage später traten die übrigen Bläschengruppen auf. Durch die ganze Dauer der Affection hat Patient Fieber, Kopfschmerzen und an den Eruptionsstellen heftiges Brennen.

Status praesens: Man findet einen Zoster, dessen zahlreiche Bläschengruppen, auf einem intensiv gerötheten Grunde ein gürtelförmiges Band um die ganze rechte Thoraxseite bilden. Das Band hat ungefähr die Breite von vier Querfingern, beginnt an der Wirbelsäule, entsprechend dem elften Brustwirbel und geht, dem Verlaufe des Rippenbogens folgend, nach vorn, mit einer Bläschengruppe die Medianlinie überschreitend. An der Wirbelsäule schon bei leichter Berührung im Bereiche des rothen Hofes sowohl, als der Bläschengruppen, lebhafte Schmerzempfindung.

Temperatur um 4 Uhr Nachmittags 38·2° Celsius.

Patient ist ein kräftig gebauter, musculöser Mann, der angibt, niemals vorher ernstlich krank gewesen zu sein. Die Untersuchung ergibt ausser dem Zoster keinen weiteren pathologischen Befund.

XI. Fall. Herpes zoster nuchalis. (Fig. 10.)

22 Jahre alter Schneider. Eingetreten am 13. Juni 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1450.

Anamnese: Patient steht schon durch längere Zeit mit einer Spermatorrhöe in ambulatorischer Behandlung der Klinik. Als er am 13. Juni 1890 wegen dieses Leidens wieder erschien, fand man die bereits durch mehrere Tage bestehende Bläscheneruption. Bevor diese Eruption erfolgt war, empfand der Kranke reissende Schmerzen im Kopfe; Fieber oder eine Störung des Allgemeinbefindens war nicht vorausgegangen. Hingegen war der Ausbruch selbst von heftigen, brennenden Schmerzen am Eruptionsorte verbunden.

Status praesens: Man findet an der rechten Nackenhälfte, der Haargrenze entsprechend, und zwar in der Mitte der Verbindungslinie, zwischen Processus mastoideus und Vertebra prominens eine Gruppe eingetrockneter Bläschen; die Haut in ihrer Umgebung ist mässig geröthet und infiltrirt. Der Patient ist ein kräftig gebauter Mann, der aber einen ziemlich schlechten Ernährungszustand und hochgradige Nervosität darbietet.

XII. Fall. Herpes zoster pectoralis. (Fig. 11*a* u. *b*.)

68 Jahre alter Tischler. Eingetreten am 15. Juni 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1810.

Anamnese: Nachdem der Kranke schon durch längere Zeit hindurch an Kopfschmerzen, Schnupfen, allgemeinem Unwohlsein und zeitweilig eintretendem Kälteschauer gelitten, trat am 11. d. M. das Exanthem auf. Schon am Tage vorher hatte der Kranke an Stelle der späteren Eruption brennenden Schmerz empfunden, das Exanthem selbst war von einer Steigerung dieser Empfindung begleitet, so dass der Kranke die Nächte meist schlaflos verbrachte. Der Patient gibt an, in letzter Zeit bei starkem Schwitzen während der Arbeit dem Luftzuge besonders häufig ausgesetzt gewesen zu sein.

Status praesens: Man findet die Haut an der rechten Rücken- und Thoraxhälfte, dem achten und neunten Zwischenrippenraume entsprechend, geröthet, infiltrirt, von theils isolirten, theils zu grossen Blasen confluirten Bläschen in ungemein dichter Anordnung besetzt. An vielen Stellen nehmen die Bläschen hämorrhagischen Charakter an. Vom fünften Brustwirbel an kann man erhöhte Schmerzhaftigkeit constatiren, dieselbe steigert sich im Bereiche der Affection in solchem Grade, dass schon leichteste Berührung die lebhafteste Reaction hervorruft.

Der Kranke ist in Folge der Störung seines Allgemeinbefindens im Ernährungszustande bedeutend herabgekommen.

Im weiteren Verlaufe des Falles zeigte es sich, dass die hämorrhagischen Infiltrate nekrotisch wurden, grosse tiefgehende Substanzverluste setzten, während die grossen Blasen vertrockneten und seichte Epithelverluste darboten.

XIII. Fall. Herpes zoster N. trigem. R. II. bilateralis. (Fig. 12.)

40. Jahre alte Beamtensgattin. Eingetreten am 16. Juni 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1830.

Anamnese: Die Kranke steht mit Myoma uteri in Behandlung der gynäkologischen Klinik und wurde von dort unserer Klinik zugewiesen. Ihre Hautaffection bereitet ihr keine Beschwerden; sie ist ohne Prodromal- und Begleiterscheinungen aufgetreten, nicht einmal am Orte der Eruption bestanden schmerzhafte Sensationen.

Status praesens: Man findet links über die ganze Aussenfläche des Nasenflügels in kleinen, ziemlich dicht an einander gereihten, kreisrunden Gruppen eingetrocknete Bläschen, die von einem rothen Hofe umgeben sind; ebenso am rechten Nasenflügel Börkchen, die aus gruppenweise stehenden Bläschen, hervorgegangen sind, ausserdem eine kleine Gruppe, von einem bis zum Mundwinkel reichenden rothen Hofe umgeben, etwas nach aussen, vom rechten Mundwinkel.

Die Kranke ist offenbar, in Folge ihres Uterinleidens sehr anämisch, schlecht genährt.

XIV. Fall. Herpes zoster N. trigem. R. II. (Fig. 13.)

22 Jahre alter Student der Medicin. Eingetreten am 17. Juni 1890. Amb.-Prot.-Nr. 1833.

Anamnese: Am 15. d. M. bemerkte der Kranke, ohne dass er früher an Kopfschmerzen, Fieber, oder einer Störung des Allgemeinbefindens gelitten, die Bläschen an seiner linken Oberlippenhälfte. Am nächsten Tage brachen die Bläschen am linken Nasenflügel, und unterhalb des linken Augenlidrandes auf. An diesem Tage stellten sich auch Kopfschmerzen ein.

Status praesens: Man findet die ganze linke Gesichtshälfte etwas angeschwollen; das linke untere Augenlid ödematös; an der Stelle, wo die Haut desselben in die Gesichtshaut übergeht, findet sich eine Gruppe frischer, hirsekorngrosser Bläschen; eine weitere Gruppe am linken Nasenflügel, der Nasenöffnung entsprechend; eine dritte, ebensolche über der etwas geschwellten linken Hälfte der Oberlippe.

XV. Fall. Herpes zoster dorsalis. (Fig. 14.)

22 Jahre alte Puella publica. Eingetreten den 17. Juni 1890. Prot. Nr. 8269 klin.

Anamnese: Die Kranke wurde auf die Klinik wegen Lues condylomatosa aufgenommen. In Bezug auf die Hautaffectionen macht sie folgende Angaben:

Am 14. d. M. trat ohne Prodromalerscheinungen, nur von brennenden Schmerzen in loco begleitet, die Affection auf. Am 16. d. M. erbrach die Patientin einigemal, es stellten sich Diarrhöen ein, zugleich Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit. An demselben Tage traten die Menses ein.

Status: Man findet die Haut über der Mitte der rechten Scapula geröthet, mit Bläschen besetzt, in der Mitte der Röthung, eine, ungefähr 1 Ctm. im Durchmesser einnehmende, schwarzbraun verfärbte, nekrotische Hautpartie. Im Bereiche der Röthung sowohl als auch am 4. Brustwirbel lebhafte Reaction auf Druck.

Betrachten wir die Fälle im Ganzen, so fällt sofort das Ueberwiegen des Zoster intercostalis auf, ein Vorkommen, das der Norm entspricht. Auch unter den 117 Fällen der Pfeiffer'schen Sammelforschung sind 50 Procent Zost. pector.; in unserer Epidemie gehören etwas über 50 Procent dieser Gruppe an, nämlich 8 Fälle. Unter diesen 8 Fällen sind 7 rechtsseitige, ein Umstand, der wohl auf den vorwiegenden Gebrauch des rechten Arms zu beziehen ist. Nicht als ob wir dabei an eine traumatische Affection dächten: wir erklären uns vielmehr diese Beobachtung in folgender Weise. In vielen Fällen ist anamnestisch erhoben, dass die Patienten dem Luftzuge stärker als sonst in der, der Erkrankung vorhergehenden Zeit, und zwar während der Arbeit, ausgesetzt gewesen. Durch die Anstrengung kommen die Leute in stärkeres Schwitzen — dass dies auf Seite des stärker angestrengten rechten Armes auch in stärkerem Masse der Fall ist, ist natürlich — dann kühlen sie im Luftzuge rasch ab, und die rechte Körperseite ist, möchte ich sagen, nun ein Locus minoris resistentiae für die Wirkungen des Virus geworden.

Was die übrigen Fälle betrifft, so verfügen wir über zwei Fälle von bilateralem Trigeminuszoster, was nach den übereinstimmenden Angaben der Autoren zu den seltensten Vorkommnissen gehört, und über den ebenso seltenen Befund eines Trigeminuszoster im Innern der Mundhöhle. Ebenso gehören die beiden Fälle von Zoster an den unteren Extremitäten zu den selteneren Localisationen.

Die Epidemie muss als eine schwere bezeichnet werden, sowohl in Bezug auf die Intensität des Processes, als in Bezug auf

den Verlauf. In Bezug auf die Intensität steht Fall XI obenan, bei dem die Affection ihre grösste Breite erreichte, während Gruppe an Gruppe sich reihte, ohne von normalen Hautpartien unterbrochen zu werden.

In Bezug auf Extensität ist der Fall VI bemerkenswerth, bei dem fast die ganze untere Extremität von der Affection befallen war. In Rücksicht auf den Verlauf muss auf die oft eingetretenen Hämorrhagien in die Bläschen hingewiesen werden; der beim Falle VII beschriebene hämorrhagische Hof findet seine Erklärung in den atheromatös degenerirten Arterien der 83jährigen Frau. In vielen Fällen trat Nekrose ein; es waren dies nicht nur die durch den Reichthum an Bläschengruppen ausgezeichneten Fälle — auch im Falle II, bei dem nur 2 Gruppen, und im Falle XV, wo sogar nur eine Gruppe vorhanden war, konnte man ganz besonders tief gehende Nekrosen beobachten.

Zu bemerken ist, dass wir, trotz eifriger Nachforschung, in manchen Fällen über die Prodromalerscheinungen nur negative Angaben erhielten; es liegt dabei noch immerhin die Möglichkeit vor, dass dieselben so leichte Grade erreichten, dass sie von wenig aufmerksamen Kranken übersehen wurden. In den übrigen Fällen bestanden sie in den gewöhnlich bei acuten Exanthemen beobachteten Erscheinungen von allgemeiner Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen und Fieber. Constant aber wurde angegeben, dass dem Ausbruche Jucken und Brennen in loco vorangingen, welche gewöhnlich auch nach der Eruption persistirten. Erhöhte Schmerzhaftigkeit auf leichte Berührung und Druckschmerzpunkte waren nur in wenigen Fällen nachweisbar; besonders deutliche Druckschmerzpunkte zeigten die Fälle VII, X und XI.

Wegen seiner Seltenheit ist der Fall VI hervorzuheben; es waren bei demselben nämlich schön entwickelte Bläschengruppen auf der Fusssohle vorhanden. In der sehr interessanten Arbeit Epstein's[1]) über Zoster, herpes facialis et genitalis findet sich die Aeusserung Bohn's citirt: „Der Zoster kann . . . . . an jeder Stelle des Körpers seinen Sitz aufschlagen, obwohl ich mich keines Beispieles von der Hohlhand und Fusssohle erinnere.“ Daselbst

[1]) Epstein, Herpes zoster, genitalis und facialis. — Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syph. 1886, S. 801.

erwähnt Epstein auch, dass Baerensprung die gleiche Beobachtung angegeben und dass auch auf der Breslauer Poliklinik, bei allerdings geringem Zoster-Materiale, durch sieben Jahre kein Fall zur Beobachtung kam. Die Erfahrungen unserer Klinik können nur die relative Seltenheit des Vorkommens bestätigen, eine Immunität der angegebenen Körperstellen jedoch nicht, da sowohl an der Fusssohle wie an der Hohlhand Zoster zu wiederholten Malen, und so auch diesmal zur Beobachtung kam.

Was die bei jeder Epidemie sich naturgemäss ergebende Frage der Contagiosität betrifft, so kann ich, wenn ich die äusseren Verhältnisse der beobachteten Fälle ins Auge fasse, zu keinem Resultate gelangen. Ihre Wohnungen waren über die verschiedenen Theile der Stadt zerstreut, auch gehörten die Kranken verschiedenen Berufsarten an; von keinem war angegeben oder eruirt worden, dass er mit einem Zosterkranken in derselben Familie lebe oder in Beziehungen stand. Dass aber die Beobachtung der gleichzeitigen Erkrankung zweier Individuen auf eine Contagiosität noch keinen Schluss erlaubt, beweist folgender Fall:

Während die als Fall VII bezeichnete Kranke in klinischer Behandlung stand, entwickelte sich bei einem schon wochenlang in demselben Zimmer liegenden Kinde ein Zoster am Vorderarm, der jedoch schon am Eintrittstage der genannten Kranken zum Ausbruche kam.

Was die Altersverhältnisse der Fälle betrifft, so ist das Kindesalter wenig vertreten, was vielleicht dem Umstande zuzuschreiben ist, dass in unserem Krankenmateriale Kinder sich in der Minderheit befinden; am stärksten war das mittlere Alter vertreten, wobei zu bemerken ist, dass es sich meist um ungewöhnlich kräftige Individuen gehandelt hat, doch auch das Greisenalter war durch eine 83 Jahre alte Frau repräsentirt.

Zur Zeit der Epidemie war das Wetter ein kühles, namentlich herrschte im Juni, in welchem gerade die meisten und schwersten Formen auftraten, ausnehmend kaltes und regnerisches Wetter.

Wir hatten auch Gelegenheit, nebst zahlreichen anderen, besonders drei bemerkenswerthe Fälle von Herpes labialis und progenitalis zu beobachten. Dieselben waren während der Herpesepidemie zur gleichen Zeit bei drei Kranken desselben Kranken-

zimmers aufgetreten, ohne wie so häufig in anderen Fällen (Unna, Bergh) mit der Menstruation in Beziehung zu stehen.

Mehrere Fälle von Erythema multiforme, die gleichzeitig mit den Zosterfällen beobachtet wurden, bestätigen die schon oft gemachte Wahrnehmung des zeitlichen Zusammentreffens beider Affectionen.

Ich will mich nun dem zweiten Theile meiner Aufgabe zuwenden und die Fälle nach der Richtung hin untersuchen, ob die Localisation der Bläschengruppen mit dem Verlaufe der Hautarterien oder nur mit dem der Hautnerven übereinstimmt. Den Fall des Trigeminus-Zoster im Innern der Mundhöhle habe ich nicht in dieser Richtung verfolgt, weil bei diesem kleinen, nur von einem Nerven und einer Arterie versorgten Gebiete kein Resultat zu erzielen war, ebenso wenig habe ich die übrigen Fälle, bei denen nur eine Gruppe vorhanden war, in den Bereich dieser Betrachtung gezogen. In Bezug auf die Arterienvertheilung verweise ich auf das dem Manchot'schen Werke entnommene Schema (Tafel XXII, Fig. 15 und 16); bezüglich der Hautnerven folgte ich den allgemein bekannten Localisationstabellen der Klinik des Herrn Prof. Pick.

Fall I. Gruppen: an der Wirbelsäule, dem zehnten Brustwirbel entsprechend, in der vorderen und hinteren Axillarlinie, dem Rippenbogen entsprechend, am Nabel.

Hautnerven, welche diese Region versorgen: Rami dorsales, Rami perforantes posteriores, Rami perforantes laterales, Rami perforantes anteriores des zehnten Spinalnerven.

Hautarterien, welche diese Region versorgen: Rami dorsales arter. intercostal., Rami perforantes arter. intercostal., Arter. epigastr. inferior.

Während also die drei Hautnerven aus **einem einzigen** Dorsalnervenstamm entstammen, tritt die Affection im Bereiche **zweier,** in Bezug auf den Ursprung **vollständig getrennter** Hautarteriengebiete, der Arter. intercostal. ex Aorta und der Arter. epigastr. inferior ex Arter. femor. auf.

Fall II. Eine Gruppe unmittelbar am Brustwarzenhofe, eine nach aussen von demselben, eine Gruppe an der Vorderfläche des Oberarms.

Hautnerven, welche diese Region versorgen: Rami perfor. later. N. dorsal. II., N. cutan. brach. intern. sive med.

Hautarterien, welche diese Region versorgen: Rami perfor. ex Art. mamm. intern., Arter. deltoid. subcutan. anterior.

Dieser Fall spricht auf den ersten Blick sicherlich für die Pfeiffer'sche Theorie: ein Zoster im Bereiche zweier Nervengebiete — II. Dorsalnerv und cutan. medius aus dem Plex. brach. — während die Arterien beider Gebiete — Arter. mammar. und Arter. deltoid. subcut. anter. demselben Stamme, der Art. subclav. entstammen.

In diesem Falle hilft uns die genaue anatomische Verfolgung des Nervenverlaufes, die Lösung der Frage herbeizuführen. Die Haut um die Mammilla wird von den Hautnerven aus dem II. und III. Dorsalnerven versorgt. Nun schreibt aber Henle:[1]

„Der Ram. perfor. later. des zweiten Intercostalnerven verbindet sich mit dem N. cutan. intern. des Armes, oder vertritt ihn, und auch vom zweiten gelangen noch Zweige zur Haut der Achselgrube.“ Wir denken uns also in diesem Falle eine Erkrankung des Gangl. N. dors. II und glauben, das Räthsel, dass Hautgebiete, die von zwei verschiedenen Nerven versorgt werden, gleichzeitig erkranken, gelöst zu haben. Die Möglichkeit der Pfeiffer'schen Theorie kann für diesen Fall speciell zugegeben werden.

Fall III. Bläschengruppen oberhalb des linken Augenbrauenbogens, über dem linken Jochbein, über der linken Oberlippenhälfte; über dem rechten Nasenflügel und der rechten Oberlippenhälfte.

Hautnerven, welche die Region versorgen:

Erster und zweiter Ast des Trigeminus.

Hautarterien, welche die Region versorgen:

Arter. tempor., Art. transvers. faciei, A. coronar. labii sup., A. alae nasi.

Wir können für diesen Fall wiederum die Möglichkeit beider Theorien annehmen, wie dies für alle Zosteren, die das Gesicht betreffen, der Fall sein wird, da sämmtliche Gesichtsarterien dem-

[1]) Henle, Handbuch der Nervenlehre des Menschen, pag. 508. Braunschweig 1871.

selben Stamme entspringen und auch das Hautnervengebiet vollständig von Trigeminusästen beherrscht wird.

Fall IV. Bläschengruppen neben dem Sternum, von da an, ungefähr ihrem Durchmesser entsprechende Stellen normaler Haut zwischen sich freilassend, den sechsten Zwischenrippenraum überbrückende Bläschengruppen bis zur Wirbelsäule.

Hautnerven, welche die Region versorgen:

Rami perfor. anter., lateral. et dorsales N. spin. VI.

Hautarterien, welche die Region versorgen:

Rami perfor. mammar. intern., Art. thorac., Ram. perfor. arter. intercost., Rami dorsal. art. interc.

Auch in diesem Falle liegen die Efflorescenzen im Bereiche von Gebieten zweier in Bezug auf den Ursprung räumlich weit getrennten Gefässgebiete, der Arter. mamm. und Arter. thorac. aus der Arter. subclav., und den Zweigen der Arter. intercostal. aus der Aorta.

Diese bei der Häufigkeit des Zoster pector. naturgemäss zur Entscheidung der Frage wichtige Wahrnehmung, dass die Gegend um das Brustbein eine von der Rückenregion vollständig getrennte Blutversorgung hat, ist Pfeiffer nicht entgangen. Er ruft die Statistik zu Hilfe und schreibt: „Zu Gunsten unserer Annahme spricht, dass von den 42 beobachteten Fällen 36 auch nicht ein Bläschen auf dem Sternum oder dessen Umgebung zeigten". Wir konnten an unserem Materiale die gleiche Wahrnehmung nicht machen; im Gegentheil: alle Fälle, die hierher gehören, zeigten Eruptionen am Sternum; die 36 Fälle Pfeiffer's, die keine Eruption am Sternum zeigen, sind eben als abortive Zosteren anzusehen, und er hat ja immerhin bei 6 Fällen Gelegenheit gehabt wahrzunehmen, dass für diese Fälle seine Theorie gar nicht Stand hält.

Fall VI. Eruptionen über dem Kreuzbein links, 2 Querfinger von der Wirbelsäule entfernt, eine zweite Gruppe in der Mitte zwischen Rima ani und Trochanter, eine über dem Tuber ischii. Am Unterschenkel an der Innenfläche, handbreit über dem Con-

---

[1]) Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien, pag. 20.

dyl. inter., beginnend bis zur Fusssohle, an dieser, ferner am Dorsum pedis.

Hautnerven, welche die Region versorgen:

N. clun. super.; N. clun. poster.; N. cutan. crur. lat.; Nerv. peron.; N. cutan. crur. medius N. peron.; N. peron. superf.; N. plant. ext.; N. plant. intern.

Hautarterien, welche die Region versorgen:

A. pudend. extern., A. ischiad., A. glut., A. tibial. antic. et post.

Die Hautnerven, in deren Bereich in diesem Falle die Bläschengruppen liegen, entspringen scheinbar zwei verschiedenen Nervenplexus, die Nerv. clun. super. et poster. dem Lumbalgeflecht, die Nerv. peron. et plant. dem Sacralgeflecht. Im Ganzen und Grossen verhält sich die Sache allerdings in dieser Weise, doch bestehen gerade in diesem Gebiete vielfache Anastomosen. In Bezug auf letztere sagt Henle[1]): „Die Hautzweige, in welche die lateralen Rückenäste der drei oberen Lumbalnerven endigen, wenden sich abwärts, und verbreiten sich, durch Anastomosen verbunden, in der Gesässgegend; sie werden N. subc. glut. (Nn. clun. poster. saph.) genannt. — Der vierte Lumbalnerv gibt neben den Wurzeln zu den genannten Nerven (crur. et obtur.) noch einen dritten Strang nach abwärts, den wir bei Beschreibung des Ischiadicus wieder begegnen werden.“ — Und dann weiter auf Seite 532: „Der Nervus peroneus, der laterale Ast des N. ischiad., ist halb so stark als der N. tibialis, er bezieht seine Fasern aus dem combinirten Lumbal- und dem ersten und zweiten Sacralnerven, in den N. tibialis geht der grössere Theil der Fasern derselben Nerven und ausserdem ein Theil des dritten Sacralnerven über.“

Man ersieht aus dieser Darstellung, dass wir in diesem Falle ganz ohne Zwang den Sitz der Erkrankung in den Lendenplexus verlegen können. Interessant in Bezug auf die Localisation ist es, dass das ganze Cruralisgebiet, die Vorder-, Aussen- und Innenfläche des Oberschenkels, und am Unterschenkel das Gebiet des N. saphenus sozusagen übersprungen ist. Dass das Gebiet des

---

[1]) Henle, Handbuch der Nervenlehre des Menschen, Braunschweig 1871, pag. 50.

N. cut. fem. poster. frei ist, erklärt sich aus seinem Ursprunge, der ganz im Sacralgeflechte liegt. Es heisst nämlich in Henle's Nervenlehre pag. 531: „Der Nerv. cut. fem. post. bezieht eine Wurzel von der Rückenfläche des dritten Sacralnerven . . . eine zweite Wurzel aus dem N. glutaeus inferior, der ebenfalls aus dem ersten bis dritten Sacralnerven entspringt.“

So schwierig es war, die Hautgebiete, die hier afficirt sind, in Bezug auf den Ursprung der sie versorgenden Nerven in einen Zusammenhang zu bringen, so leicht gelingt es, die weit auseinander gelegenen Ursprünge der Hautarterien zu zeigen. Oben die Arter. pudenda lat., ischiadica und glutaea, sämmtlich aus der Art. hypogastrica — unten die Art. tibial. antic. und postic. — beide aus der Art. poplitea, resp. Art. femor. — Man kann in der That, ohne zu der gezwungensten Hypothese zu greifen, für diesen Fall an der Arterientheorie nicht festhalten, während gerade dieser Fall einen glänzenden Anhaltspunkt für die Nerventheorie darstellt.

VII. Fall. Bläschengruppen an der Vorder-, Innen- und Aussenfläche des Oberschenkels, über dem Glutaeus und dem Steissbein.

Hautnerven, welche die Region versorgen:

N. cutan. fem. extern.; Ram. cutan. obtur.; Ram. cut. N. crural.; N. cutan. fem. externus; N. clun. poster. sive sacrales.

Hautarterien, welche die Region versorgen:

Art. obturat.; Art. glutaea; Art. ischiad.; Art. prof. femor.; Art. femor.

Von Nerven alle Zweige aus dem Lendengeflechte entspringend, wobei besonders hervorzuheben ist, dass das Gebiet des N. cutan. fem. post., wie bei Fall VI auseinandergesetzt wurde, vollständig dem Sacralgeflechte entspringt. — Von den Arterien abermals Zweige aus der Art. hypogastr. einerseits, aus der Art. femor. andererseits. Auch dieser Fall ist ein solcher, der eine Anwendung der Arterientheorie absolut nicht zulässt.

VIII. Fall. Bläschengruppen auf der rechten Rückenhälfte: eine Gruppe zwei Querfinger von der Wirbelsäule, dem vierten Brustwirbel entsprechend; eine zweite, grössere Gruppe über dem Angulus scapulae.

Hautnerven, welche die Region versorgen: Rami perf. post. der vierten Spinalnerven.

Hautarterien, welche die Region versorgen: Für die erste Gruppe ist als Hautarterie die dritte Intercostalarterie anzusehen; ob die zweite Gruppe noch im Bereiche der entsprechenden Intercostalarterie liegt, oder ob sie in das Hautgebiet der A. circumflex. scapul. zu rechnen ist, ist nicht leicht festzustellen, da gerade für diese Stelle die schon oben erwähnte Schwierigkeit der genauen Abgrenzung des Arteriengebietes vorliegt. Wahrscheinlich sind jedoch beide Arterien betheiligt, und es würde wiederum der Fall vorliegen, dass sich an der Hautversorgung zwei aus räumlich getrennten Gefässstämmen entspringende Gefässe betheiligen.

Fall IX. Bläschengruppen über der Scapula, die Grenzen derselben nach aussen und innen überschreitend; an der Vorderfläche des Thorax, in der vorderen Axillarlinie, dem vierten Zwischenrippenraum entsprechend; am Sternum, über demselben Zwischenrippenraume, die Medianlinie etwas überschreitend.

Hautnerven, welche die Region versorgen: N. perfor. later.; N. perfor. anter. — säumlich vom vierten Spinalnerven.

Hautarterien, welche die Region versorgen: Rami dors. arter. interc. dorsales, Art. circumflex. scapul.; R. perfor. post. arter. intercost.; Ram. perf. arter. mamm. intern.

Für diesen Fall gilt das schon bei Fall IV. Erwähnte. Zu der schon dort erwähnten Beobachtung, dass für einen Zoster pector., bei welchem Gruppen in der Nähe des Sternums vorhanden sind, die Arterientheorie hinfällig ist, kommt hier noch die Betheiligung der Art. circumfl. scapulae.

Fall X. Bläschengruppen dicht aneinander gereiht, so dass das betroffene Gebiet ungefähr vier Querfinger breit ist; ungefähr in der Mitte überbrückt die Affection den elften Zwischenrippenraum, zieht dann längs des Rippenbogens bis gegen den Nabel und überschreitet dort die Medianlinie.

Hautnerven, welche die Region versorgen: Rami perf. post., later., anter., des elften Spinalnerven.

Hautarterien, welche die Region versorgen: Rami dors. art. interc., Rami perf. post. arter. interc., Rami anter. art. interc. Art. thorac., Art. epigast. super.

Während in diesem Falle die Hautnerven nur einem Stamme entspringen, ist an der Blutversorgung die Subclavia mit der

Art. thorac. und Art. epigast. super., und die Aorta mit den Vertebralarterienzweigen betheiligt.

Fall XI wird, da er nur eine Gruppe von Bläschen bietet, in den Bereich dieser Erörterungen nicht einbezogen.

Fall XII. Bläschengruppen, continuirlich an einander gereiht an der Rücken- und vorderen Brustfläche, von der Wirbelsäule angefangen bis zur vorderen Medianlinie, dem achten und neunten Zwischenrippenraume entsprechend.

Hautnerven, welche die Region versorgen:

Ram. perfor. anter. later. et poster. Nerv. spinal. VIII.

Hautarterien, welche die Region versorgen:

Ram. perfor. arter. mamm. intern. Arter. thorac., epigastr. super., perf. post. arter. interc., perfor. dors. arter. intercost.

Für diesen Fall gilt abermals das bei jedem dorso-pectoralen oder dorso-abdominalen Zoster Hervorgehobene: dass bei ihnen die Pfeiffer'sche Theorie absolut nicht anwendbar ist.

Fall XIII Bläschengruppen über dem Nasenflügel links; an dem Nasenflügel, der äusseren Umrandung der Nasenöffnung entsprechend, rechts; ebendort auch in unmittelbarer Nähe des Mundwinkels.

Hautnerv der Region ist der zweite Ast des Trigeminus.

Hautarterien, welche die Region versorgen:

A. coron. labii super.; Art. alae nasi.

Für diesen Fall gilt das, was bei Fall III bereits hervorgehoben wurde; dass wir aus Zosteren, die im Gesichte ihren Sitz haben, naturgemäss für beide Theorien Beweise führen können, da hauptsächlich ein Gefässstamm diese Region versorgt und auch die Verhältnisse der Hautnervenvertheilung, meist, wie auch in diesem Falle, es stets zulassen, einen bestimmten Ast des Trigeminus als erkrankt anzusehen.

Fall XIV. Bläschengruppen unterhalb des unteren Augenlides, am Nasenflügel, der Nasenöffnung entsprechen, an der Oberlippe; sämmtliche Gruppen an der linken Gesichtshälfte.

Hautnerv der Region ist der zweite Ast des N. trigemin.

Die Hautarterien, welche die Region versorgen, sind:

Art. transv. faciei, Art. alae nas., Art. coron. labi super.

Um Wiederholungen zu vermeiden, verweise ich auf die Verhältnisse der Fälle III und XIII.

Fall XV, der abermals nur eine Bläschengruppe bot, wurde rücksichtlich der in Behandlung stehenden Frage nicht erörtert.

Das Ergebniss dieser Untersuchungen ist also, wie ich glaube, nicht darnach angethan, die Pfeiffer'sche Ansicht zu bestätigen, da wir ja in den meisten der Fälle die betroffenen Hautgebiete von zwei, aus getrennten Gefässgebieten entspringenden Arterien versorgt finden, so in sämmtlichen Fällen von Zoster pectoralis, den beiden Fällen von Zoster an der unteren Extremität, und nur in dem Falle II, so wie in den Fällen von Zosteren des Gesichtes die Möglichkeit beider Theorien zulassen konnten.

Es bieten aber unsere Fälle noch andere unterstützende Momente für die Nerven-Theorie. So ist der stricte geführte Nachweis von Druckschmerzpunkten im Falle VII, X und XIII, und der Nachweis zurückgebliebener nervöser Symptome im Falle VII gewiss in dieser Richtung zu verwerthen.

Ich glaube also, dass wir nach dem heutigen Stande der Frage nicht umhin können, den Herpes als infectiöse Erkrankung aufzufassen, dass er wahrscheinlich, durch gewisse klimatische Verhältnisse begünstigt, zu gewissen Zeiten in kleinen Epidemien auftritt, und dass er als infectiöse Neuropathie aufzufassen ist.

Die Erklärung der Abbildungen auf den Tafeln XIX, XX, XXI und XXII ist im Texte gegeben.

Die Entwicklungsgeschichte der Lederhaut.

Von

Dr. Louis Heitzmann,

Arzt am Deutschen Dispensary in New-York.

(Mit 6 Abbildungen im Texte.)

Bei dem heutigen Stande unserer histologischen Kenntnisse dürfte es überflüssig sein, der Theorie von der Ausscheidung der Grundsubstanz durch Bindegewebszellen mehr als flüchtige Erwähnung zu thun. Diejenigen, welche sich der Vorstellung hingaben, dass die Grundsubstanzen chemische Absonderungsproducte der Zellen seien, haben den Thatsachen in keiner Weise Rechnung getragen.

Das erlösende Wort hat Max Schultze im Jahre 1862 gesprochen, indem er die Behauptung aufstellte, dass die Grundsubstanzen chemisch verändertes und inert gewordenes Protoplasma sind. Diese Behauptung war indessen nur eine Bestätigung der schon von Theodor Schwann im Jahre 1839 ausgesprochenen Thatsache, dass die fibrilläre Grundsubstanz aus einer Umwandlung der Zellen selbst hervorgehe, eine Thatsache, welche viel später von Obersteiner und Kusnetzoff, den Schülern Ernst Brücke's, als richtig nachgewiesen wurde.

Dass heute noch die Entwicklungsgeschichte des Bindegewebes ein ungelöstes Räthsel ist, wird Jeder anerkennen, der sich mit der Literatur dieses schwierigen Gegenstandes einigermassen vertraut gemacht hat. Diese Literatur vollständig zu beherrschen, ist wohl Niemand im Stande. Die Meinungsverschieden-

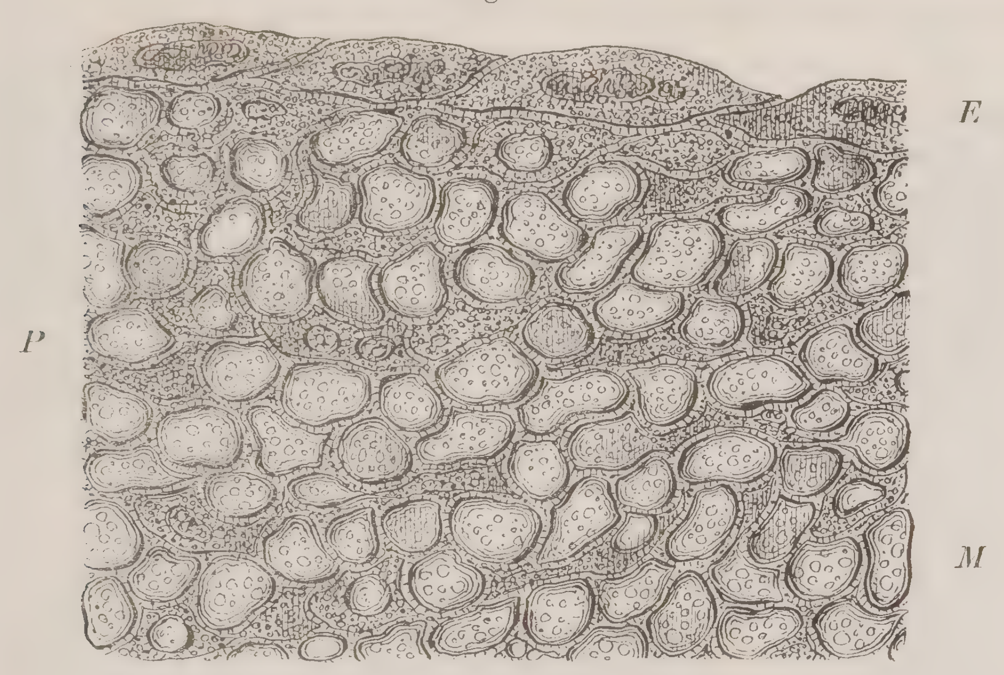
heiten verschiedener Autoren sind, sowohl in wesentlichen wie unwesentlichen Punkten, so zahlreich und mannigfaltig, dass Niemand sich der Aufgabe unterziehen kann, sie alle kennen zu lernen und aufzuzählen. Diese Aussage gilt insbesondere für die Entwicklungsgeschichte des fibrillären Bindegewebes. Der Gründe für diese Thatsache gibt es zwei: erstens die Unkenntniss des feineren Baues dieser Bindegewebsart, und zweitens die zur Untersuchung angewandte Methodik. Man versteht nur sehr schwer, warum heute noch das Zerzupfen und Zerreissen des Bindegewebes als Untersuchungsmethode überhaupt zugelassen wird; man sollte meinen, dass in der feineren sowohl, wie in der gröberen Anatomie die Erhaltung der Integrität der Gewebe die erste und wichtigste Aufgabe des Forschers sei.

Die meisten Histologen sind heutigen Tages wohl darüber einig, dass die Grundsubstanzen Umwandlungsproducte des Protoplasmas seien, ganz im Sinne von Max Schultze. Wir haben aber unterdessen erfahren, dass auch die Grundsubstanzen leben, oder vielmehr von lebender Materie durchzogen sind, ebenso wie das Protoplasma selbst. Von diesem Standpunkte aus schien es mir eine lohnende Aufgabe zu sein, der Entwicklung des sogenannten fibrillären Gewebes nachzuforschen, insbesondere der Entwicklung der Lederhaut, welche bisher der Erkenntniss ihrer feineren Structur grosse Schwierigkeiten entgegengestellt hat. Die Aufgabe liess sich nur dadurch bewältigen, dass man zur Härtung Chromsäurelösungen benutzte, welche die Structur nicht wesentlich verändern, und dabei eine genügende Consistenz erzielen lassen, um die Haut von Embryonen irgend welchen Alters in feinste Stückchen zu zerlegen, in welchen der gewebliche Zusammenhang mit der grössten Sorgfalt erhalten wurde. Ueberdies schien es von Wichtigkeit zu sein, die Haut von einer bestimmten Gegend zu wählen und in allen Entwicklungsstufen beizubehalten. Ich wählte hierzu die Haut der vorderen Halsgegend, von welcher ich, mit einer einzigen Ausnahme, bei einem jeden zur Untersuchung benutzten Embryo Schnitte anfertigte. Auf diese Weise gelang es mir, eine Reihe von Schnitten, von einem vierwöchentlichen Embryo bis hinauf zur neunmonatlichen Frucht, zu erhalten, welche in Glycerin aufbewahrt, in die Entwicklungsgeschichte des Bindegewebes geradezu überraschende Streiflichter werfen.

Betrachten wir uns den Querschnitt einer kurz vorher hervorgesprossenen unteren Extremität eines vierwöchentlichen Embryo. (Fig. 1.)



Fig. 1.



Querschnitt der unteren Extremität eines vierwöchentlichen menschlichen Embryo. Vergr. 1000.

E = Epithel.
M = Indifferente oder embryonale Elemente.
P = Netzförmiges Protoplasma.

Die ganze untere Extremität ist in diesem Momente der Entwicklung aus nichts Anderem als medullaren oder indifferenten oder embryonalen Körperchen zusammengesetzt. Alles befindet sich im Stadium der Indifferenz; von Muskeln, Knorpeln und Blutgefässen ist noch keine Spur vorhanden. Die Oberfläche ist von einem mehrschichtigen Epithel bedeckt, von welchem nur die unterste Lage abgebildet ist, weil sie die Seitenansicht (Spindelform) vollständig erhalten zeigt, während die oberflächlichen Lagen dünne, kernhaltige Epithelplatten in Frontalansicht zeigen. Sehen wir uns das indifferente Gewebe bei stärkeren Vergrösserungen an, so erkennen wir merkliche Verschiedenheiten im Bau der Elemente. Wir begegnen glänzenden, nahezu homogenen Klümpchen, in welchen wir vergeblich nach einer Structur suchen. Ferner finden wir etwas grössere Elemente, die noch immer be-

trächtlichen Glanz aufweisen, aber nicht mehr völlig homogen sind, indem in ihrem Inneren hellere und dunklere Stellen auftauchen, die sich häufig, bei recht genauer Einstellung, als Vacuolen auflösen lassen, also minimale Flüssigkeitsansammlungen im Inneren der Körper, in geschlossenen Räumen. Weiter begegnen wir helleren und granulirten, grösstentheils in die Länge gezogenen Körpern zwischen den glänzenden Elementen; solche Körper sind von deutlich netzförmigem Bau, mit anderen Worten, die Körnchen sind untereinander mittelst ausserordentlich zarter Fädchen verbunden, und stellen demnach Knotenpunkte eines Netzwerkes dar. Solche reticulirte Körper sind in der Regel mit Kernen versehen. Die Kerne können wieder nahezu homogen oder vacuolirt, oder schalenförmig sein, und im letzteren Falle sind die Knotenpunkte des intranucleären Netzes verhältnissmässig grobe Körnchen, die sogenannten Kernkörperchen.

In der Anschauungsweise C. Heitzmann's (1873) haben wir es mit Klümpchen lebender Materie zu thun, welche zunächst homogen, später vacuolirt und schliesslich reticulirt erscheinen, und solchergestalt die Entwicklungsphasen desjenigen darstellen, was wir seit Max Schultze als „Protoplasma“ bezeichnen. Wir können uns gleichzeitig bequem davon überzeugen, dass in diesem jugendlichen Gewebe Individuen oder Zellen überhaupt nicht existiren, indem sämmtliche Klümpchen, welches immer ihre Structur sei, untereinander durch feinste Fädchen lebender Materie verbunden sind.

Die Umwandlung zu netzförmigem Protoplasma ist an der Oberfläche der Extremität, demnach dicht unterhalb des Epithels, am weitesten vorgeschritten. In der Abbildung ist dieser Fortschritt wenig ausgeprägt. An manchen Strecken jedoch ist er stark in die Augen fallend, so zwar, dass bis in eine allerdings beschränkte Tiefe hinab homogene Klümpchen nur spärlich nachweisbar sind, während das netzförmige Protoplasma mit eingestreuten Kernen aller Entwicklungsstufen weitaus in der Mehrzahl ist. Gleichzeitig fällt auf, dass in dieser Schicht, welche der zukünftigen Lederhaut entspricht, die Kerne oblong, selbst spindelförmig geworden sind, die erste Andeutung des zukünftigen fibrillären Bindegewebes.

Zwischen dem zweiten und dritten Monate der intrauterinen

Entwicklung hat die eben geschilderte Umwandlung der indifferenten Elemente zu in die Länge gezogenen Protoplasmazügen weitere Fortschritte gemacht. (Fig. 2.)

Fig. 2.



Haut von der vorderen Halsgegend eines menschlichen Embryo, $2^1/_2$ Monate alt. Vergr. 1000.

E = Epithelien.
O = Oblonge Protoplasmakörper.
B = Erstgeformtes Bündel von faserigem Bindegewebe.
H = Hämatoblasten.
G = Erstgeformtes Blutgefäss.

Wir sehen überhaupt keine anderen, als oblonge und spindelförmige Körper, eingebettet in Protoplasmazügen, welche gleichfalls als spindelförmig bezeichnet werden müssen. Die kernähnlichen Bildungen sind, nahe der Oberfläche, dicht gedrängt und von einander nur durch spärliches Protoplasma getrennt, während diese Bildungen in den tieferen Lagen weit spärlicher sind, und von einander durch mächtige Lager gestreiften, oder in die Länge gezogenen Protoplasmas getrennt werden. Betrachten wir uns die letzteren Lager bei starker Vergrösserung, so erkennen wir überall

noch den netzförmigen Bau des Protoplasmas; zugleich fällt auf, dass das gesammte Protoplasma zu schmalen, spindelförmigen Bildungen umgewandelt ist, welche mit den oblongen Kernen in innigem Zusammenhange stehen. Hier und da ist das Präparat zerrissen, und an solchen Stellen finden wir die „geschwänzten fibroplastischen“ Zellen der Autoren, das heisst, kernhältige Körper in die Länge gezogen und im Zusammenhange mit einfachen, doppelten oder getheilten Fortsätzen, die längst bekannten Bilder Schwann's. Dass derlei Bildungen Kunstproducte sind, davon kann man sich überzeugen, wenn man das Präparat an Stellen untersucht, wo der Zusammenhang nicht gestört worden ist. Da sehen wir die „fibroplastischen“ Zellen in Verbindung mit sämmtlichen Nachbarbildungen, vermittelst zarter, die hellen Zwischenräume quer durchbrechender Speichen. In den tieferen Lagen der zukünftigen Lederhaut begegnen wir zum ersten Male zarten Bündeln von sogenanntem fibrillären Bindegewebe. Wieder ist es klar, dass die Fibrillen sämmtlich aus Spindeln aufgebaut werden, die sich von den protoplasmatischen Spindeln nur durch einen höheren Glanz, oder wenn man will, durch stärkere Lichtbrechung unterscheiden. Hier ist demnach zum ersten Male eine Umwandlung von Protoplasma zu Grundsubstanz nachweisbar. Indem bei diesem Vorgange die netzförmige Structur des ursprünglichen Protoplasmas erhalten bleibt, dürfen wir die Folgerung ziehen, dass nur die in den Maschenräumen enthaltene Flüssigkeit eine chemische Umwandlung zu collagener Substanz erfahren hat.

Auf dieser Höhe der Entwicklung fallen Klümpchen in die Augen, welche durch gesättigt gelbbraune Farbe und ihren Aufbau aus stark glänzenden Körnern ausgezeichnet sind. Sie liegen in wechselnden Mengen und Grössen eingestreut im Protoplasma. Es sind dies die Blutzellen Schwann's (1839), die Hämatoblasten C. Heitzmann's (1872). Dadurch, dass sich die grobkörnigen Bildungen strangförmig in die Länge ziehen und mit analogen Bildungen verschmelzen, entstehen die Blutgefässe sowohl, wie die rothen Blutkörperchen, inmitten des protoplasmatischen Gewebes der Lederhaut. Die ursprünglich soliden Massen der mit Hämoglobin getränkten lebenden Materien werden am Wege der Vacuolenbildung ausgehöhlt und die Wände dieser Höhlen zer-

theilen sich zu kernhältigen Endothelien. Die erstgeformte geschlossene Gefässhöhle enthält eine wechselnde Menge von Hämatoblasten, Hayem (1876); erst nachträglich erfolgt durch Sprossenbildung der Gefässwände eine Verbindung der ursprünglich isolirten Höhlen und die Herstellung eines Blutgefässnetzes.

Das nächste Stadium in der Entwicklungsgeschichte der Lederhaut treffen wir im 3½ Monate alten Embryo. (Fig. 3.)

Fig. 3.



Haut von der vorderen Halsgegend eines menschlichen Embryo, 3½ Monate alt. Vergr. 1000.

E = Epithelien.
M = Myxomatöses Bindegewebe.
H = Hämatoblasten.
G = Erstgeformtes Blutgefäss.
K = Knopfförmige Verlängerung der untersten Epithellage.

Das Epithellager ist jetzt mehrschichtig geworden. Von der untersten Schicht, den zukünftigen Säulenepithelien, gehen seit dem Beginne des dritten Embryonalmonates knopfförmige Verlängerungen ab, die wir als zukünftige Haare und Wurzelscheiden

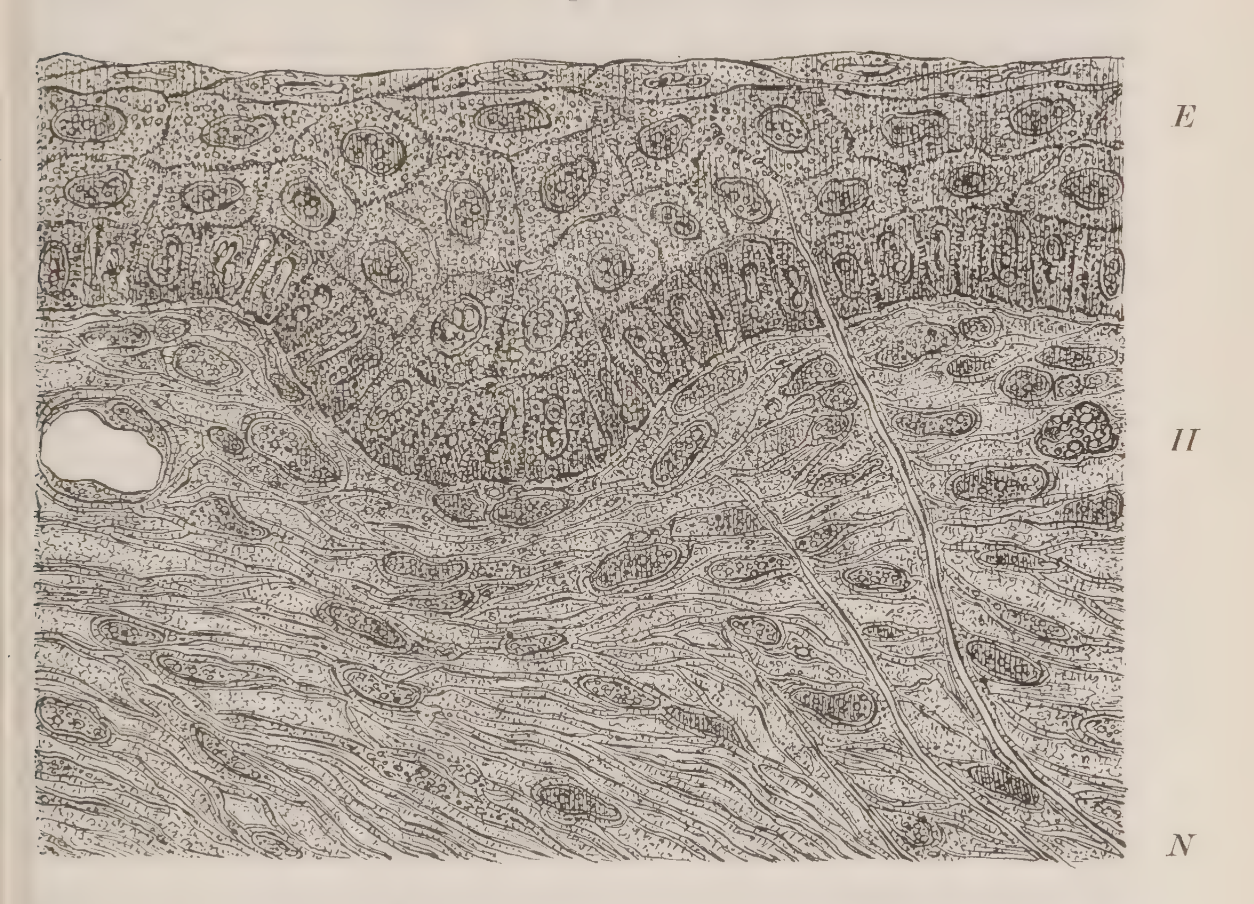
kennen. Da ich auf die Entwicklung der Epithelbildungen in der Zukunft näher einzugehen gedenke, will ich hier diesen Punkt unberührt lassen. Die Lederhaut erscheint in ihrer ganzen Breite zu einem Gewebe umgewandelt, welches wir als myxo-fibrös bezeichnen müssen. Die oberflächlichen, dem Epithel zunächst gelegenen Schichten sind vorwiegend von myxomatösem, die tieferen Schichten vorwiegend von fibrösem Bau. Wir sehen um oblonge Kerne herum eine Zone von hellen spindelförmigen Feldern, welche von den Nachbarfeldern durch kernhaltige, zarte, spindelförmige Fasern abgegrenzt werden. Augenscheinlich sind hier zweierlei Grundsubstanzen vorhanden. Einmal diejenige, welche das Protoplasma um die Kerne herum infiltrirt: die myxomatöse; zweitens die Grundsubstanz, welche die eigentlichen Faserzüge infiltrirt: die collagene. Optisch unterscheiden sich diese zwei Arten von Grundsubstanzen sehr merklich durch ihre Verschiedenheit in der Lichtbrechung. Die netzförmige Structur des Protoplasmas bleibt in beiden Arten erhalten, nur ist sie weniger deutlich ausgeprägt als in den Kernbildungen, deren Protoplasma-Natur unverändert geblieben ist.

Vom zweiten bis zum dritten Embryonalmonate ist demnach Folgendes geschehen: Die spindelförmigen Protoplasmamassen um die oblongen Kerne herum haben sich vergrössert, sind mit myxomatöser Grundsubstanz infiltrirt worden, und an den Grenzen der Spindeln haben sich zarte Faserzüge entwickelt, welche in ihren Knotenpunkten kleine kernförmige Bildungen tragen. Die netzförmigen Züge sind collagen geworden. In den oberen Lagen der Lederhaut sind dieselben zart, in den unteren dagegen gröber, das heisst, aus einer grösseren Anzahl von Spindeln hervorgegangen. Die myxomatösen Felder sind oben am kleinsten, in der Mitte am grössten; in den untersten Lagen hingegen wieder schmäler und in Folge des Auftretens von Faserbündeln enger geworden. Manche der feinsten Faserzüge in den unteren Lagen der Lederhaut zeigen eine starke Lichtbrechung, fast wie elastische Züge. Solche Fasern bauen das myxomatöse Netzwerk auf; sie fehlen dagegen in den Bündeln der eigentlichen fibrillären Grundsubstanz.

Stark lichtbrechende Häufchen von Hämatoblasten sind in der Lederhaut dieses Embryo nur in mässiger Anzahl zu sehen.

Ebenso sind die Blutgefässe nicht besonders zahlreich. Man kann sich überzeugen, dass Faserzüge des myxo-fibrösen Gewebes selbst hämatoblastisch werden und dadurch das Vorstadium zukünftiger Blutgefässe darstellen.

Fig. 4.



Haut von der vorderen Halsgegend eines menschlichen Fötus, 5 Monate alt. Vergr. 1000.

E = Epithelien.
M = Medullar- oder Embryonalgewebe.
P = Medullargewebe mit Grundsubstanz infiltrirt.
H = Hämatoblasten.
G = Blutgefäss im Querschnitt.
N = Nervenfasern.

Im fünften Monate des Fötallebens hat sich das Bild der Lederhaut wieder verändert. Das myxomatöse Gewebe ist verschwunden und an dessen Stelle eine mehr collagene, aus Spindeln wechselnder Grösse zusammengesetzte Grundsubstanz getreten. (Fig. 4.)

Die Uebergänge von myxomatöser zu collagener Grundsub-

stanz lassen sich in demselben Präparate verfolgen, wenn man vom zukünftigen Papillarkörper abwärts sucht. Die den Epithelien nächstgelegene Schicht der Lederhaut ist noch reichlich mit Protoplasmakörpern versehen, auch die Felder zwischen diesen Körpern weisen noch deutlich die Structur von Protoplasma auf. Tiefer unten werden die Protoplasmakörper spärlicher und die Grundsubstanz zwischen denselben reichlicher. Die Felder der letzteren sind augenscheinlich nicht weit in der Infiltration mit collagener Substanz vorgeschritten, indem die Protoplasmastructur, wenn auch nicht so deutlich wie in den obersten Lagen, erkennbar bleibt. Noch tiefer unten treten Bündel von fibrillärer Grundsubstanz auf, sämmtlich von grosser Zartheit und vielfach von protoplasmatischen Bildungen durchsetzt. Welche immer die chemische Zusammensetzung der Grundsubstanz sei, stets bleibt ihr Aufbau aus spindelförmigen Protoplasmakörpern erkennbar. Diese Spindeln sind breit und wenig collagen in den mittleren, dagegen schmal und deutlich collagen in den tieferen Lagen der Lederhaut. An letzteren Stellen ist der netzförmige Bau des Protoplasmas nicht mehr deutlich erkennbar.

Hämatoblasten sowohl wie Blutgefässe sind auch bei diesem Fötus nur in geringer Menge vorhanden; dagegen sah ich marklose Nervenfasern in grosser Menge in schiefer Richtung von der Tiefe her gegen die Oberfläche ziehen. Obzwar mir nicht gelingen wollte, den Zusammenhang dieser Fasern mit markhältigen Nerven, die ich überhaupt nirgends finden konnte, nachzuweisen, trage ich doch kein Bedenken, diese Fasern als Nerven anzusprechen, indem ich viele derselben bis in das Rete mucosum (Stachelschicht) hinein verfolgen konnte, und zwar stets in die Kittsubstanz zwischen den Epithelien bis zur dritten Lage derselben, mit den Stacheln in directer Verbindung stehend.

Zwischen dem sechsten und siebenten Monate hat die Lederhaut, mit Ausnahme der obersten Lagen, weitere Fortschritte in der Infiltration mit collagener Grundsubstanz gemacht. Ein eigentlicher Papillarkörper, d. h. papilläre Erhöhungen, sind nicht nachweisbar, dagegen ist der medulläre oder embryonale Bau der dicht unterhalb der Epithelien liegenden Schicht deutlich ausgeprägt. Die Unebenheiten der Oberfläche rühren von zahlreichen, in der Entwicklung begriffenen Haaren her. Schon dicht unter-

halb des zukünftigen Papillarkörpers sind Bündel von collagener Grundsubstanz aufgetreten, sämmtlich aus zarten Bündeln hergestellt.

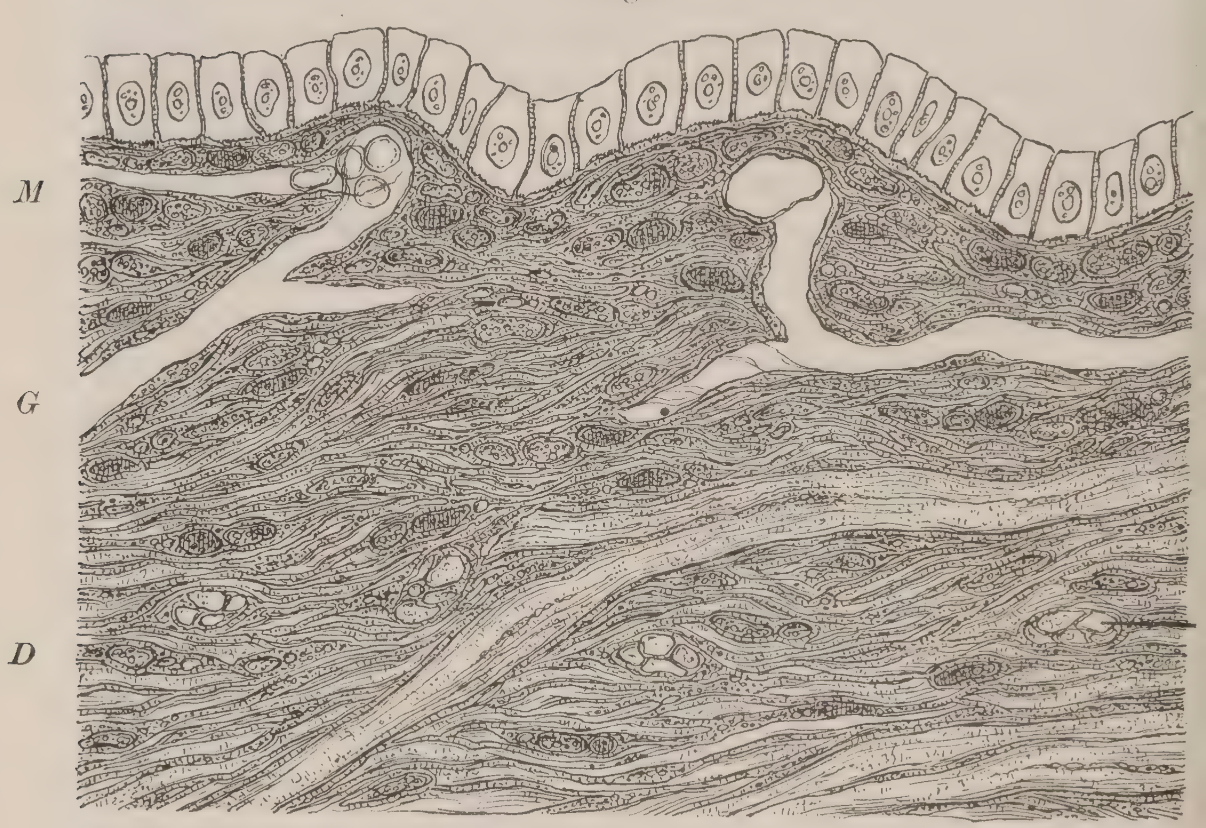
Zwischen dem siebenten und achten Monate ist die Bündelstructur der Lederhaut, mit Ausnahme der äussersten Lagen, gut ausgesprochen, so zwar, dass die hellen Zwischenräume zwischen den Bündeln schon sehr enge geworden sind. Die Präparate von diesem Fötus sind deshalb von Interesse, weil zwischen den Bündeln des Bindegewebes eine überraschend grosse Menge von Hämatoblasten aufgehäuft ist. Sie unterscheiden sich von rothen Blutkörperchen (in Chromsäure-Präparaten) durch einen kleineren Durchmesser, intensiven Glanz und gelbe Färbung, während die voll entwickelten rothen Blutkörperchen innerhalb der Blutgefässe grösser, weniger glänzend und von merklich blässerer Nuance sind. Der netzförmige Bau der rothen Blutkörperchen ist vollständig erkennbar, während die Hämatoblasten noch vielfach mit fertigen rothen Blutkörperchen gemengt, nahezu homogen erscheinen. Die Hämatoblasten sind in den oberen Lagen der Lederhaut theils in unregelmässigen Gruppen, theils in länglichen Zügen angeordnet, ohne dass eine Blutgefässwand nachweisbar wäre. Diese Thatsache beweist abermals, dass die rothen Blutkörperchen primär im Bindegewebe entstehen, ohne vorausgegangene Gefässbildung und unabhängig von der letzteren.

Im achten Fötalmonate ist die Anlage des Papillarkörpers dadurch angedeutet, dass wir längs der Oberfläche seichte Hügel erkennen, welche sich von in Entstehung begriffenen Haaren leicht unterscheiden lassen. (Fig. 5.)

Der Papillarkörper ist aus zahlreichen Protoplasmakörpern zusammengesetzt, zwischen welchen spärliche, spindelförmige Körper, gleichfalls von deutlich netzförmiger Structur, eingelagert sind. Die Spindeln werden desto zahlreicher und glänzender, das heisst, desto deutlicher mit collagener Substanz infiltrirt, je tiefer hinab. Schon in mässiger Tiefe begegnen wir breiten Bündeln sowohl im Längs- wie im Querschnitte. Zwischen den breiten Bündeln sind Felder aus sogenanntem feinfibrillären Bindegewebe eingelagert. Auch letztere erweisen sich aus einer Anlagerung feiner Spindeln hervorgegangen, zwischen welchen unveränderte Protoplasmakörper eingebettet sind. Sowohl die breiten, wie die

schmalen Bindegewebsbündel lassen die ursprüngliche Protoplasmastructur in wechselnder Deutlichkeit erkennen. Auf dieser Höhe der Entwicklung ist schon ein vollkommenes capillares Blutgefässsystem vorhanden, während isolirte Gruppen von Hämatoblasten nur noch in spärlicher Menge anwesend sind.

Fig. 5.



Haut von der vorderen Halsgegend eines menschlichen Fötus, 8 Monate alt. Vergr. 600.

E = Säulenepithel.
M = Medullar- oder Embryonalgewebe.
B = Breites Bündel von Bindegewebe im Längsschnitt.
Q = Breites Bündel von Bindegewebe im Querschnitt.
DD = Schmale Bündel von Bindegewebe.
GG = Capillare Blutgefässe.

Zur Zeit der Geburt ist der structurelle Unterschied zwischen Papillarkörper und eigentlicher Lederhaut noch sehr deutlich ausgesprochen. Darüber habe ich in einer früheren Arbeit[1]) bereits Aussagen gemacht.

---

[1]) Der feinere Bau der normalen Lederhaut. Dieses Archiv Jahrg. 1890, pag. 3.

Aus dem Studium meiner Präparate gehen, wie mir scheint, zwei Thatsachen mit Gewissheit hervor. Die eine ist, dass die Lederhaut ganz und gar aus Protoplasma besteht und selbst auf der vollen Höhe der Entwicklung von collagener Grundsubstanz Protoplasma bleibt. Die früher als „Bindegewebskörperchen“ oder „Bindegewebszellen“ beschriebenen Bildungen sind zwischen den Faserbündeln eingelagertes, sternförmig verzweigtes, unverändertes Protoplasma; die Grundsubstanz hingegen ist Protoplasma mit Grundsubstanz infiltrirt. Aus dem Umstande, dass in fortschreitender Entwicklung das Netz der lebenden Materie innerhalb der Grundsubstanz bis zum achten Fötalmonate ohne Zusatz von Reagentien sichtbar bleibt, und dass bei vollendeter Infiltration mit collagener Substanz dieses Netz mittelst gewisser Reagentien und Methoden, worüber ich in meiner oben citirten Abhandlung schon berichtet habe, bis in das höchste Alter hinein sichtbar gemacht werden kann, müssen wir schliessen, dass nicht das gesammte Protoplasma im Sinne Max Schultze's zu Grundsubstanz umgewandelt wird, sondern nur die in den Maschenräumen der lebenden Materie enthaltene Flüssigkeit eine chemische Umwandlung zu der verhältnissmässig festen, stickstoffhältigen collagenen Substanz erfährt.

Die zweite aus meinen Untersuchungen hervorgehende Thatsache ist, dass die Entwicklung des fibrösen Bindegewebes der Lederhaut keine stetig vorwärts schreitende ist. Aus dem indifferenten Gewebe geht zuerst ein myxomatöses und myxo-fibröses hervor. Letzteres Gewebe tritt in das indifferente Protoplasmastadium zurück und erst aus diesem geht streifiges Bindegewebe hervor, indem das Protoplasma zu Spindeln zerfällt, welche in wechselnden Graden mit collagener Substanz infiltrirt werden. Durch Aneinanderlagerung der zarten Spindeln entstehen Fibrillen, durch Aneinanderlagerung der Fibrillen Bündel. Vom Anfang bis zum Ende, von der vierten Woche des Fötallebens bis zum Greisenalter hinein bleibt die lebende Materie ununterbrochen verbunden. Diese Materie ist sowohl im freien Protoplasma, wie in der Grundsubstanz in Form eines zarten Netzes vorhanden. Schwankungen zwischen verschiedenen Gewebsformen mit wiederholter Rückkehr in das Stadium der Indifferenz sind in der Entwicklungsgeschichte des Knochens und der Zähne anerkannte

Thatsachen. Diesen schliesst sich nun auch die Entwicklungsgeschichte der Lederhaut an.

Ich habe noch Einiges über die Entwicklung der elastischen Substanz auszusagen. Dasjenige, was man als elastisches Gewebe bezeichnet hat, „the yellow elastic tissue" der englischen Autoren, ist für mich kein Gewebe sui generis, sondern fibrilläres Bindegewebe, welches mit einer überaus festen und widerstandsfähigen Grundsubstanz, dem Elastin der Chemiker, infiltrirt ist.

Ich habe oben bemerkt, dass schon im 7. Monate der fötalen Entwicklung feinste netzförmig angeordnete Fibrillen sichtbar sind, welche sich durch starke Lichtbrechung auszeichnen. Trotzdem ist das Gewebe seinem Baue nach ein myxomatöses. Wir werden erst dann berechtigt von elastischen Fasern zu sprechen, wenn wir dieselben in Verbindung mit Bündeln von fibrillärem Gewebe sehen. Erst auf dieser Grundlage wird es verständlich, dass weder im intrauterinen Stadium, noch auch beim Neugebornen, elastische Fasern vorhanden sind. In welchem Lebensalter überhaupt solche Fasern zuerst auftreten, weiss ich nicht. Aus der grossen Anzahl meiner in dieser Richtung studirten Präparate halte ich mich zu der Schlussfolgerung berechtigt, dass das Auftreten und die Menge der elastischen Fasern beträchtlichen individuellen Schwankungen unterliegt; ferner das beim weiblichen Geschlechte, ich spreche hier nur von den zarteren und den Sonnenstrahlen weniger ausgesetzten Bewohnern von Grossstädten, diese Fasern in merklich geringerer Menge vorhanden sind, als bei Männern. Präparate von der Bauchhaut eines 55jährigen Mannes zeigen eine grosse Anzahl elastischer Fasern, während dieselben in der Brusthaut einer 85jährigen Frau nur in mässiger Menge vorhanden sind. Der Papillarkörper bleibt wohl wie schon W. Tomsa[1]) nachwies, jedesmal ohne elastische Fasern, oder zeigt nur feinste und spärliche Bildungen dieser Art. Endlich kann ich die schon von anderer Seite gemachte Behauptung bestätigen, dass chronische Entzündungsprocesse der Haut zu einer

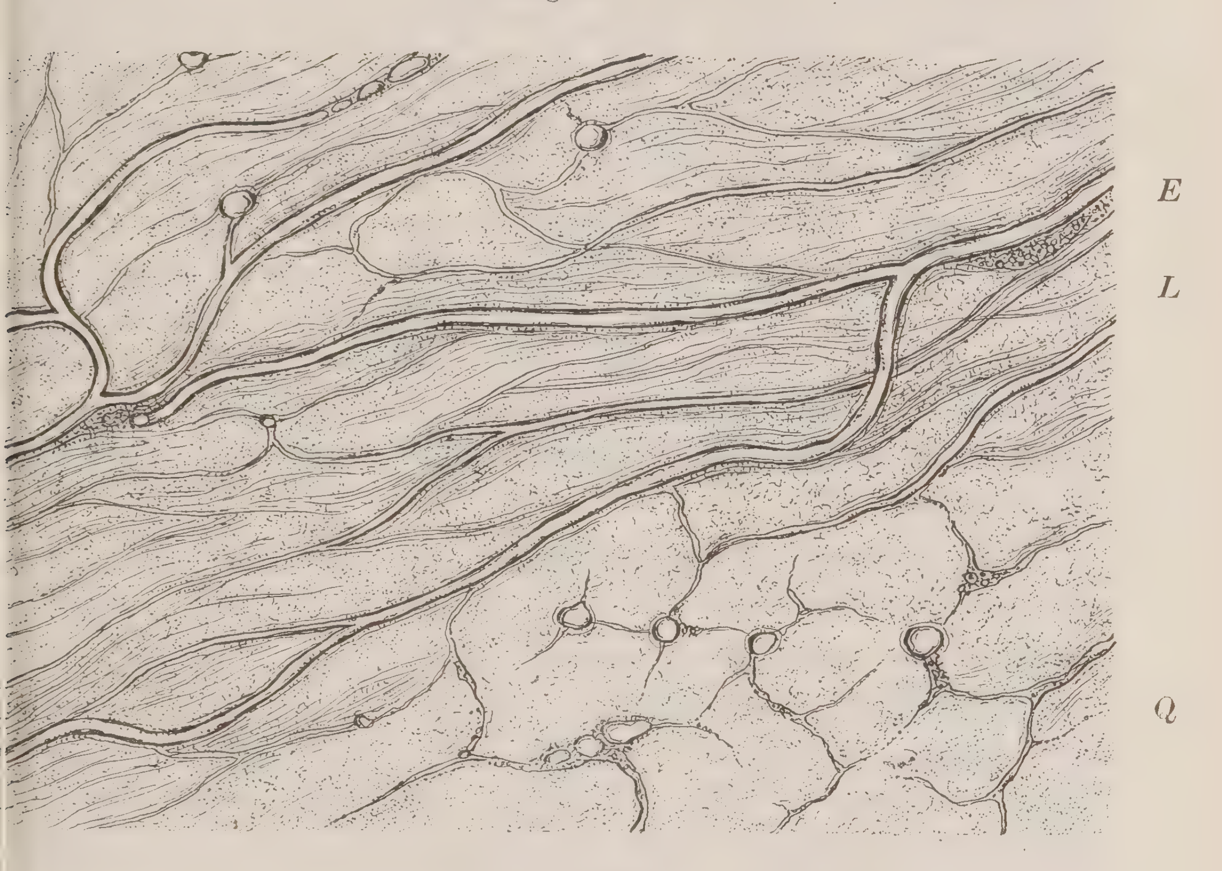
---

[1]) Beiträge zur Anatomie und Physiologie der menschlichen Haut. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1873.

starken localen Vermehrung der elastischen Fasern im Derma führen.

Ueber die Entwicklung dieser Fasern kann ich mich vollständig A. Spina[1]) anschliessen, indem ich die Behauptung dieses Forschers bestätige, dass die elastischen Fasern aus Protoplasma hervorgehen, und zwar sowohl an den Grenzen der gröberen, wie auch der feineren Bündel. (Fig. 6.)

Fig. 6.



Lederhaut eines 55jährigen Mannes. Vergr. 1000.
L = Längsschnitt von Bindegewebsbündeln.
S = Schiefschnitt von Bindegewebsbündeln.
Q = Querschnitt von Bindegewebsbündeln.
EE = Elastische Fasern.

Die Abbildung zeigt in Längs-, Schief- und Querschnitten die Ursprungsstätte der elastischen Fasern, sowohl an der Grenze der groben Bündel wie auch innerhalb derselben an den Knotenpunkten der protoplasmatischen Ausläufer der vierten oder feinsten

[1]) Medicinische Jahrbücher 1877.

Ordnung. Indem jedes gröbere Bündel aus einer Anzahl von Spindeln besteht, welche von einander durch protoplasmatische Ausläufer der feinsten Ordnung abgetrennt werden, begreifen wir den eigenthümlich gewundenen, vielfach verzweigten und netzförmigen Verlauf der elastischen Fasern. Lehrreich sind insbesondere Querschnitte von Bündeln, indem daselbst die nahezu drehrunde Form der elastischen Fasern in die Augen fällt. Von Recklinghausen[1]) hat nach Silberbehandlung in den elastischen Fasern eine feine Strichelung beobachtet, was auf eine Differenzirung innerhalb derselben hinweist. Ich kann aus directer Beobachtung nicht behaupten, dass die elastischen Fasern gleichfalls von lebender Materie durchzogen sind, muss jedoch dieses erschliessen, einmal weil von den Rändern der elastischen Fasern feinste stachelförmige Fortsätze den umgebenden hellen Saum durchbrechen, um in die eigentliche collagene Substanz einzutreten, und zweitens weil bei acuten Entzündungsprocessen die elastischen Fasern, obwohl im höchsten Grade widerstandsfähig, dennoch schliesslich einschmelzen und zu Protoplasma umgewandelt werden. Ueber diese Beobachtungen gedenke ich in einer späteren Arbeit zu berichten.

Die beste Darstellungsmethode der elastischen Fasern ist die Schnittführung durch zuerst in Alkohol und später in Chromsäurelösungen gehärtete Lederhaut mit einfacher Tinction durch ammoniakalische Carminlösung. Indem die elastischen Fasern kein Carmin aufnehmen, sondern ihren ursprünglichen gelben Glanz stark ausgesprochen beibehalten, haben wir keine Schwierigkeit, deren Anwesenheit und Verlauf zu studiren, desto bequemer, je dünner der Schnitt ausgefallen ist.

P. G. Unna[2]) hat Färbungsmethoden mittelst Osmiumsäure und Anilinfarben zur Sichtbarmachung der elastischen Fasern empfohlen. Nach Prüfung dieser Methoden kann ich ihnen keinen besonderen Werth beimessen, indem durch dieselben die Protoplasmazüge noch intensiver gefärbt werden, als die elastischen

---

[1]) Die Lymphgefässe und ihre Beziehung zum Bindegewebe. — Berlin 1862.

[2]) Eine neue Darstellungsmethode des elastischen Gewebes der Haut. — Monatsh. f. prakt. Derm., Jahrg. 1886, Nr. 6.

Fasern selbst. Ich bin auch nicht in der Lage, Unna's Aussage [1]), dass um die Schweissdrüsen herum ein reichliches Netz von elastischen Fasern gelagert ist, zu bestätigen, indem sich dieses Netz in meinen Präparaten als ein Protoplasmanetz zwischen querdurchschnittenen Bindegewebebündeln entpuppt hat.

Aus meinen Untersuchungen halte ich mich zu folgenden Schlussfolgerungen berechtigt:

1. Die Lederhaut entsteht, wie sämmtliche Gewebe des Körpers, aus indifferentem oder medullarem Gewebe, in welchem die lebende Materie aus dem compacten in einen vacuolirten und schliesslich reticulirten Zustand übergeht, vorerst ohne Bildung von Grundsubstanz.

2. Die ursprünglich kugeligen werden zu oblongen und spindelförmigen Protoplasmakörpern; Bildungen, welche die älteren Histologen als „fibroplastische Zellen" bezeichnet haben.

3. Aus den spindelförmigen Protoplasmakörpern geht zunächst ein myxomatöses und myxo-fibröses Gewebe hervor. Die Maschenräume dieses Gewebes sind mit myxomatöser, das fibrilläre Netz mit collagener Grundsubstanz infiltrirt. Die Maschenräume enthalten centrale Protoplasmakörper, das Fasernetz kleine solche Körper an den Knotenpunkten.

4. Das myxomatöse Gewebe tritt in das Stadium der Indifferenz zurück, indem abermals Protoplasmakörper, nunmehr stark in die Länge gezogen und zu winzigen Spindeln zersplittert, auftreten. Durch Infiltration dieser Spindeln mit collagener Grundsubstanz entstehen die Fasern und Faserbündel der Lederhaut.

5. Jede Faser ist aus Spindeln zusammengesetzt. Durch Zunahme der Infiltration mit collagener Substanz entstehen aus den Fasern die eigentlichen Bündel. Sämmtliche, auch die gröbsten Bündel sind aus spindelförmigen Gruppen zusammengesetzt. Zwischen den groben Bündeln bleiben grössere Massen von Protoplasma unverändert, während zwischen den die Bündel zusammensetzenden Spindeln die feinsten protoplasmatischen Ausläufer ziehen.

---

[1]) Zur Kenntniss des elastischen Gewebes der Haut. — Derm. Studien. H. 3, 1887.

6. An den Grenzen der groben Bündel sowohl, wie aus den feinsten Ausläufern des Protoplasmas innerhalb der groben Bündel gehen die sogenannten elastischen Fasern hervor, welche nichts weiter sind, als mit einer derben und widerstandsfähigen Grundsubstanz infiltrirtes Protoplasma.

7. Die elastischen Fasern der Lederhaut entwickeln sich erst im extrauterinen Leben und zwar in, vom Geschlechte und Reizungszuständen abhängenden Mengen, ohne nachweisbaren Zusammenhang mit dem Alter des Individuums. Der Papillarkörper enthält während des ganzen Lebens keine oder nur spärliche elastische Fasern.

8. Die elastischen Fasern gehen demnach aus Protoplasma hervor und enthalten höchst wahrscheinlich gleichfalls lebende Materie, indem sie beim Entzündungsprocesse in den protoplasmatischen Zustand zurückkehren.

9. Die obersten dem Epithel zunächst gelegenen Lagen bleiben während der Entwicklung der Lederhaut in einem mehr oder weniger medullaren oder indifferenten Zustande. In der Haut der vorderen Halsgegend lassen sich Papillen erst im 8 Monate des Fötallebens nachweisen. Selbst nach der Geburt befindet sich der Papillarkörper stets in einem früheren Stadium der Entwicklung als die übrige Lederhaut; erst im hohen Alter werden auch die Papillen zu derbem fibrillären Bindegewebe umgewandelt.

10. Die Lederhaut ist ein aus fibrillärem oder streifigem Bindegewebe aufgebautes Gebilde, welches von der frühesten Entwicklung bis in das höchste Alter ein Gewebe bleibt, in dem die lebende Materie sowohl die Protoplasmakörper, wie auch die Grundsubstanz in feinster netzförmiger Anordnung durchzieht.

Die Atrophien der Lederhaut.

Von

Dr. Louis Heitzmann,

Arzt am Deutschen Dispensary in New-York.

(Mit 4 Abbildungen im Texte,)

---

1. Die senile Atrophie.

Isidor Neumann[1]) hat im Jahre 1869 die senilen Veränderungen der Cutis studirt. Er sagt aus, dass die Cutis an ihrem Dickendurchmesser eingebüsst hat, was besonders an den Papillen in eclatanter Weise hervortritt. Das Gewebe einer senil verschrumpften Cutis zeigt retrograde Metamorphosen. Dieselben bestehen in Trübungen, welche 1. entweder von sehr feinen, gleichmässig in das Gewebe eingestreuten Körnchen, oder 2. von grösseren, deutlich zu sondernden Körnern verursacht werden. Im ersten Falle ist die Faserung des Grundgewebes nicht mehr deutlich erkennbar; im zweiten Falle aber lassen sich die Fasern noch gut verfolgen und in ihrem Zusammenhange erkennen. Sie bilden noch immer einen Filz, in dessen Maschen die erwähnten gröberen Körner, mitunter in kurzen Reihen liegen. Als dritte Veränderung nennt dieser Autor die colloide Entartung, als vierte die Verfettung und als fünfte die Pigmentablagerung. Die Trübungen sind häufiger, die drei letzteren seltenere Entartungsformen. Die feinkörnige Trübung wird durch kleine Molekel hervorgerufen, welche in grosser Menge vorhanden sind, das fibrilläre Bindegewebe fast ganz substituiren, und sich weder durch Aether oder

---

[1]) Ueber die senilen Veränderungen der Haut des Menschen. Sitzungsbericht der k. Akad. d. Wissensch. 1869.

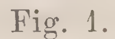
Alkohol extrahiren, noch durch Carmin färben lassen. Die Cutis erscheint milchig oder eiweissartig getrübt. Die grobkörnige Trübung pflegt in den oberen Partien häufiger vorzukommen, als in den unteren. Durchschnitte einer so getrübten Cutis lassen sich gleich an einer mattgrünen oder gelblichen Färbung erkennen. Behandelt man solche Schnitte mit carminsauerem Ammoniak und Essigsäure, so treten wohl einzelne Körner deutlicher heraus; sie sind jedoch wenig imbibirt, gar nicht aufgequollen, im Gegentheile wie geschrumpft, trotz des Zusatzes dieser Reagentien. Nur bei starken Vergrösserungen sieht man die Körner oft genug in Reihen liegen. Die Fasermassen sind zudem auch nicht aufgequollen. Es liegt die Vermuthung nahe, dass sämmtliche Körner aus der Verschrumpfung der Fasermassen hervorgegangen sind.

Ich habe mir die Aufgabe gestellt, denjenigen Veränderungen nachzuforschen, welche sowohl in der Lederhaut, wie auch in der äusseren Epithelschicht zu einer beträchtlichen Verdünnung führen, denn dass letztere gleichfalls verdünnt ist, war schon I. Neumann bekannt.

Betrachten wir nun einen Verticalschnitt durch die Haut der Brustdrüse einer 85jährigen Frau. Diese Localität habe ich deshalb gewählt, weil der Verschrumpfungsprocess in Folge des Schwundes der Brustdrüse stark ausgesprochen ist, wie sich schon mit freiem Auge an der Runzelbildung erkennen lässt. Schwache Vergrösserungen des Mikroskopes liefern ein ganz charakteristisches Bild. (Fig. 1.)

In Folge der Runzelung erscheint das Präparat mit unregelmässigen Hügeln besetzt, welche den Querschnitten der Runzeln entsprechen. Die Stachelschicht (Rete mucosum) ist insbesondere in den Thälern zwischen den Hügeln so sehr verdünnt, dass sie nur aus drei oder vier Lagen von Epithelien aufgebaut erscheint. Stellenweise trifft man aber auch an den Hügeln selbst eine nicht weniger ausgeprägte Verdünnung. Die Papillen sind auffallend klein und der Papillarkörper theils von dichtem, faserigem Bindegewebe von stark wachsartigem Glanze aufgebaut, theils aus reichlich mit kernförmigen Bildungen versehenem Protoplasma hergestellt. Wo derbes, fibröses Gewebe vorhanden ist, wird dasselbe netzförmig in Folge der Anwesenheit zahlreicher heller Maschenräume. Die nächst tieferen Lagen der Lederhaut zeigen

derbe Bindegewebsbündel in netzförmiger Anordnung nur in geringer Menge und in Begleitung von Arteriolen; dagegen trifft man mächtige Lagen eines vielfach verfilzten, sogenannten feinfaserigen Bindegewebes, welches gleichfalls von vielen hellen Räumen durchsetzt wird. Die tieferen Lagen der Lederhaut sind aus breiten



Haut von der Brust einer Frau, 85 Jahre alt. Verticalschnitt. Vergr. 100.

R = Rete mucosum oder Stachelschicht.
W = Grob-fibrilläres Bindegewebe in wachsartiger Degeneration.
D = Fein-fibrilläres Bindegewebe.
A = Blutgefäss, umgeben von groben Bindegewebsfasern.
B = Bündel von gewöhnlichem fibrösem Bindegewebe.

Bindegewebsbündeln sowohl in Längs- wie in Querschnitten aufgebaut, jedoch fällt in die Augen, dass die Bündel durchschnittlich schmäler geworden sind, als sie im mittleren Lebensalter erscheinen und dass die Zerspaltung zu kleineren Bündeln ausgesprochener ist. Ein elastisches Fasernetz ist in unseren Präparaten vorhanden, jedoch keineswegs reichlich. Die capillaren Blutgefässe sind allenthalben erweitert.

Es ist von vornherein klar, dass ein Schwund der Epithellagen nicht einfach einer Resorption zugeschrieben werden darf. Wir müssen im Gegentheil darauf gefasst sein, die Atrophie des Epithelgewebes auf Kosten des Ueberganges zu Bindegewebe erklären zu müssen. Die meisten Histologen sträuben sich heute noch gegen einen solchen Uebergang von Epithel zu Bindegewebe. Fragt man nach der Ursache der Bedenken, so werden wir auf die Ausschliessungstheorie der Keimblätter hingewiesen. Nach den modernen Ansichten kann das Product der oberen Keimblätter, nämlich Epithel, nicht zu einem Product des mittleren Keimblattes, nämlich Bindegewebe, umgewandelt werden. Die strammen Ausschliessungstheoretiker sind aber bereit zuzugeben, dass das mittlere Keimblatt ein Product der äusseren oder der inneren oder beider zugleich darstellt. Wäre diese Anschauung richtig, dann ist wohl der Ausschliessungstheorie von vornherein der Boden entzogen. Neuere embryologische Untersuchungen (von Ziegler, C. Heitzmann u. A.) haben es höchst wahrscheinlich gemacht, dass sich das mittlere Keimblatt zwischen dem äusseren und inneren von der Area vasculosa her vorschiebt, und an gewissen Stellen, insbesondere an der Bildungsstätte des Medullarrohres, des künftigen Centralnervensystems, innig verbindet, indem an dieser Stelle die zu indifferentem Gewebe gewordenen Epithelien mit dem indifferenten Gewebe des mittleren Keimblattes verschmelzen. Ausser Balfour hat Niemand den Muth gehabt zu behaupten, dass das centrale Nervengewebe ein epitheliales sei.

Vielfache Untersuchungen pathologischer Processe, insbesondere der Sarkombildung und der Entzündung, haben den Nachweis erbracht, dass Epithelien zu Bindegewebe umgewandelt werden können und diese Umwandlung bin ich in der Lage, auch in der senilen Haut nachzuweisen und dadurch den Schwund des Epithellagers begreiflich zu machen. (Fig. 2.)

An der Grenze zwischen Lederhaut und Epithel treffen wir zahlreiche Bildungen, welche auf eine Umwandlung von Epithel zu Bindegewebe hinweisen. Zwischen den Epithelien, welche allerdings sämmtlich in ihrem Durchmesser verkleinert sind, sehen wir Lücken, theils von soliden Strängen, theils von zarten Fasern ausgefüllt. An den Spitzen der Papillen sehen wir zahlreiche, glänzende, knopfförmige Bildungen in undeutlich ausgeprägten

karyokinetischen Formen. Der letztere Umstand ist begreiflich, wenn man unsere Conservirungsmethode, nämlich Härtung in Chromsäurelösungen berücksichtigt, indem die auf solche Weise gewonnenen Präparate der Darstellung karyokinetischer Figuren überhaupt nicht günstig sind. Die in Rede stehenden knospen-

Fig. 2.



Papillarkörper von der Brusthaut einer Frau, 85 Jahre alt. Vergr. 600.

E = Epidermis.
R = Rete mucosum.
LL = Klümpchen lebender Materie, undeutliche karyokinetische Bilder zeigend.
M = Protoplasmakörperchen in der Mitte der Papille.
P = Bündel von grob-fibrillärem Bindegewebe.
*P*¹ = Papille im Querschnitt.

förmigen Bildungen bestehen augenscheinlich aus solider oder mässig vacuolirter, lebender Materie, um welche herum sogenannte plasmatische Räume vorhanden sind. Die Knospen sind zum Theil grobzackig, zum Theil mit spindelförmigen, gegen die Papille hin gerichteten Fortsätzen versehen, welche nicht selten mit zarten Bindegewebsfibrillen in Verbindung stehen. An der Spitze der

Papille treffen wir häufig Gruppen kleiner, ebenfalls stark glänzender Klümpchen, welche wahrscheinlich aus der Zerklüftung der soliden Knospen hervorgegangen sind. Solchen Knospen begegnen wir auch vielfach im Rete mucosum eingestreut, ohne dass wir deren Zusammenhang mit Bindegewebe nachweisen könnten.

Zur Erklärung dieser Bilder könnte man eine unlängst aufgetauchte Anschauung heranziehen, dass Bindegewebselemente zwischen die Epithelien hineinwandern (Nothnagel, Kölliker). Gegen diese Auffassung spricht indessen die Thatsache, dass solide oder wenig vacuolirte Bildungen zu Ortsbewegungen überhaupt nicht befähigt sind, ferner, dass die Knospen vielfach mit Faserzügen des Bindegewebes zusammenhängen, demnach keine selbstständigen Bildungen darstellen; endlich der Umstand, dass überall, wo derlei knospenförmige Bildungen vorhanden sind, das Epithellager beträchtlich verdünnt, das heisst, die Anzahl der Epithelelemente reducirt erscheint. Mir scheint keine andere Deutung dieser Bilder zulässig zu sein, als ein Anwachsen der lebenden Materie des Protoplasmas der Epithelien zu soliden Klümpchen, wie das auch bei der Entzündung vielfach geschieht. Es würde sich, meiner Ueberzeugung nach, um einen Verjüngungsprocess des Protoplasmas durch Anwachsen seiner lebenden Materie handeln, mit nachfolgender Vacuolisirung und Zersplitterung derselben zu kleineren Klümpchen und schliesslichen Rückkehr der letzteren zu Protoplasma, aus welchen zartfaseriges Bindegewebe hervorgeht. So liesse sich der auffallende Befund in der senilen Haut erklären, dass längs der Grenzzone Säulenepithelien vollständig fehlen, und nur cubische Epithelien vorhanden sind.

Der Papillarkörper der senilen Haut erscheint in dreierlei morphologischen Zuständen. Stellenweise begegnen wir nichts Anderem, als blasskörnigem Protoplasma mit zahlreichen eingestreuten, kernähnlichen Bildungen. Letztere sind häufig in Gruppen gestellt und bisweilen so zahlreich, wie wir sie bei der acuten Entzündung sehen. Das zwischen ihnen gelagerte Protoplasma ist in spindelförmige Felder zersplittert, ohne deutlich nachweisbare Faserbildung. An anderen Stellen besteht der Papillarkörper aus zarten Fibrillen, mässig mit collagener Substanz infiltrirt, zwischen welchen zahlreiche oblonge Protoplasmakörper eingelagert sind. An wieder anderen Stellen ist der Papillarkörper aus derben Bün-

deln fibrillären Bindegewebes aufgebaut, mit wechselnden Mengen blasser, augenscheinlich aus hydropischem Protoplasma, möglicherweise auch aus myxomatöser Grundsubstanz bestehenden oblongen Feldern.

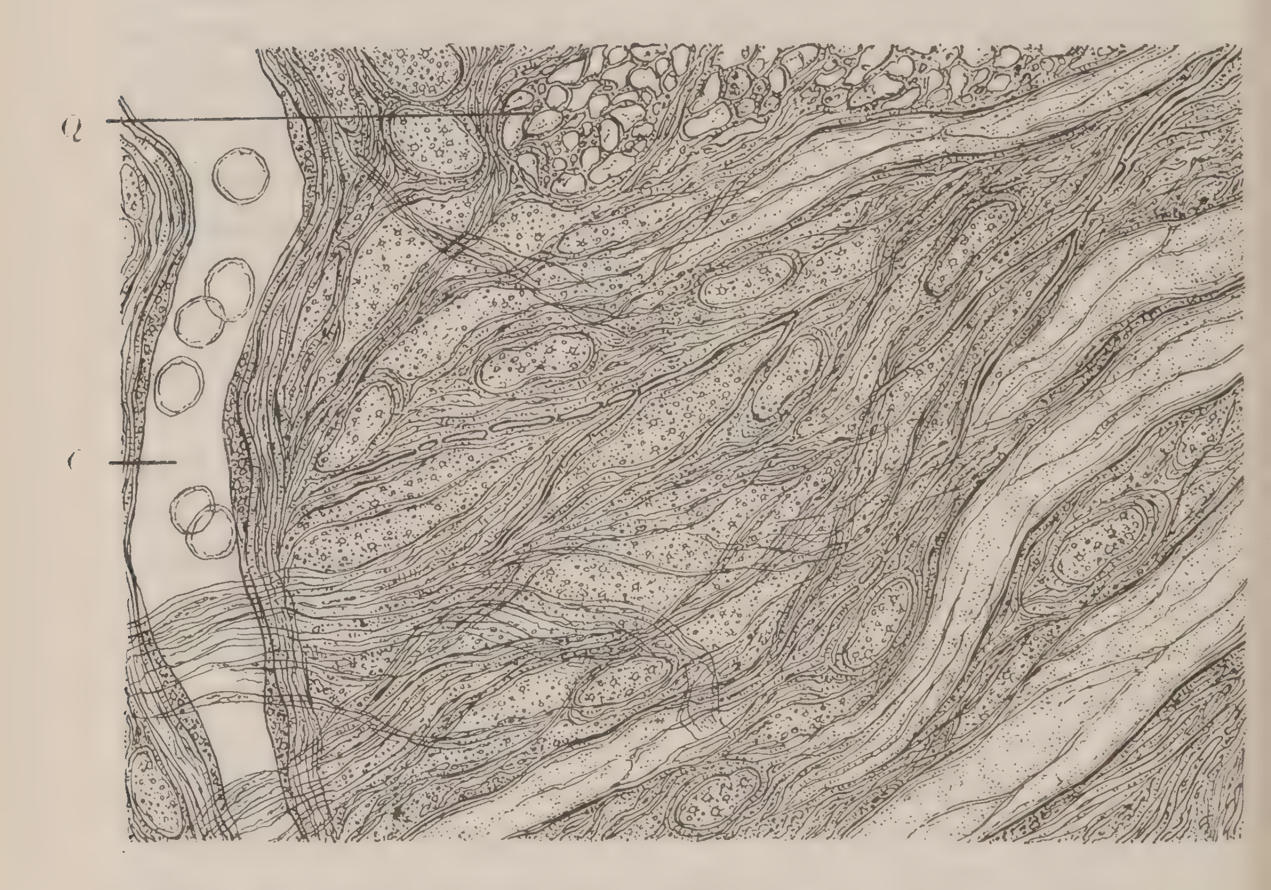
Was ist nun in der senilen Haut, im senilen Papillarkörper vorgegangen? Wir brauchen nur die Reihenfolge der eben geschilderten morphologischen Zustände umzukehren und haben ein überraschendes Bild von einer Rückkehr zum Jugendzustande der Lederhaut, vom derben, grobbündeligen Bindegewebe des Alters, zum protoplasmatischen Zustande der collagenen Spindeln, wie sie dem neugeborenen Kinde entsprechen; zurück zum myxomatösen Zustande, entsprechend dem 7monatlichen Fötus und schliesslich zum Zustande der Indifferenz, welcher dem 2monatlichen Embryo zukommt. Ich brauche nur auf meine frühere Arbeit, „Die Entwicklungsgeschichte der Lederhaut" hinzuweisen, um diesen Verjüngungsprocess der Greisenhaut begreiflich zu machen.

Auch in den tieferen Lagen des Derma lässt sich ein ähnlicher Vorgang ohne Schwierigkeit nachweisen. (Fig. 3.)

Zwischen verhältnissmässig derben und breiten Bündeln treffen wir mächtige Lager eines feinfibrillären Bindegewebes an, welches man schon bei schwacher Vergrösserung mit grosser Deutlichkeit sehen kann. Aus dem Umstande, dass das feinfibrilläre Bindegewebe von Zügen gelber, elastischer Fasern durchzogen wird, müssen wir schliessen, dass das jetzt feinfibrilläre Bindegewebe früher Feldern von breiten Bündeln angehört hatte. Die elastischen Fasern selbst sind vielfach zerklüftet, aus zahlreichen kleinen Stückchen zusammengesetzt, welche von einander durch enge, helle Zwischenräume getrennt werden. Daraus dürfen wir wieder folgern, dass die elastische Substanz, wenn auch im höchsten Grade widerstandsfähig, doch nicht ganz structurlos ist, indem sie bei langsamen Einschmelzen der collagenen Grundsubstanz Zerklüftungsbilder zeigt. Das zartfibrilläre Bindegewebe ist stets netzförmig angeordnet, stellenweise bis zur optischen Unauflöslichkeit verfilzt und die Maschenräume enthalten entweder oblonge Protoplasmakörper von blasser Körnung, d. h. nur spärlich mit lebender Materie versehen oder Protoplasmalager gleichfalls blass gekörnt, wahrscheinlich mit myxomatöser Grundsubstanz infiltrirt.

Die Schwankungen, welche ich in der Bildung der collagenen Grundsubstanz im normalen Entwicklungsprocesse der Lederhaut früher schon beschrieben habe, sind hier in umgekehrter Reihenfolge vor sich gegangen und zwischen den Endpunkten der Entwicklung liegt jedesmal ein Stadium der Indifferenz, eine Rück-

Fig. 3.



Derma der Brusthaut einer 85jährigen Frau. Vergr. 600.

B = Breites Bündel im Längsschnitte.
S = Schmale Bündel mit Protoplasma untermischt.
Q = Schmale Bündel im Querschnitte.
C = Capillarrohr.

kehr zum protoplasmatischen Zustande. Die breiten Bündel müssen zuerst Protoplasma geworden sein und aus diesem hat sich ein myxo-fibröses Gewebe entwickelt, welches normaler Weise dem 7. uterinen Monate entspricht.

Fassen wir die Thatsache der Rückkehr zum Stadium der Indifferenz in das Auge, so können wir uns die Verkleinerung des gesammten Durchmessers der Lederhaut im Greisenalter ungezwungen erklären. Niemand wird behaupten wollen, dass die

derben, breiten Bündel der Lederhaut ohne Weiteres schwinden; sobald aber nachgewiesen ist, dass durch Einschmelzung der collagenen Grundsubstanz eine Rückkehr zum Stadium der Indifferenz eintritt, lässt sich der Schwund oder die Absorption dieses nur spärlich mit lebender Materie versehenen Protoplasma leicht begreifen.

Ich habe genau dieselben Vorgänge auch an den ehemaligen Alveolarfortsätzen des Oberkiefers einer 75jährigen Frau verfolgen können. In Folge des Verlustes sämmtlicher Zähne waren die Alveolarfortsätze verschwunden und an deren Stelle eine glatte Fläche entstanden. Auch hier waren die Absorptionsbilder der Epithelien der ehemaligen Zahnflächen genau so entwickelt, wie in der oben geschilderten Stachelschicht der Haut. Der Papillarkörper sowohl wie das Gewebe der Schleimhaut der Mundhöhle erschienen der eben geschilderten Cutis durchaus ähnlich. Dass bei der 75jährigen Frau der Verjüngerungsprocess auch den Knochen des Oberkiefers getroffen hatte, wird durch die von C. Heitzmann und Frank Abbott gefundene Thatsache, dass der Oberkieferknochen vielfach zu hyalinem Knorpel umgewandelt war, erwiesen. Hier ist demnach der Knochen einer Greisin in einen Jugendzustand zurückgekehrt, welcher dem 6- bis 8wöchentlichen Embryo entsprechen würde.

2. Schwangerschaftsnarben.

B. Langer[1]) hat nachgewiesen, dass die Schwangerschaftsnarben dadurch entstehen, dass die Bündel des fibrösen Bindegewebes der Lederhaut in Folge der mechanischen Dehnung der Bauch- und Schenkelhaut auseinanderweichen.

Nach diesem Forscher führen die sogenannten Graviditätsnarben ihren Namen mit Unrecht, da es sich dabei nicht um eigentliche Continuitätstrennungen und nach abgelaufenem Processe auch nicht um ein wahres Narbengewebe, sondern nur um eine durch übermässige Spannung der Cutis zu Stande gekommene und in Folge dessen bleibend gewordene Verdünnung und Umordnung des Gewebes handelt. Das ursprünglich netzartig angelegte

---

[1]) Ueber die Textur der sogenannten Graviditätsnarben. Med. Jahrb. 1880. Referat aus Schwalbe's Jahresber. 1880.

Bindegewebe der Cutis erscheint deren ganzen Dicke nach zu parallelen, die Narbeninseln quer durchsetzenden Fäden ausgesponnen. Damit im Einklange bekommen die sonst in Feldern gruppirten Papillen eine lineare Anordnung, werden bei stärkerer Dehnung der Haut kleiner und können selbst gänzlich verstreichen. In gleichem Sinne erleiden die Blutgefässe eine Umordnung. Sie werden in parallele, quer durch die Narbeninseln laufende Züge gebracht und bei hochgradiger Dehnung selbst bis zum Verstreichen der Papillarschlingen gestreckt. Aehnlichen Umwandlungen unterliegt die Cutis an allen Stellen des Körpers, selbst an den Extremitäten, sobald die zur Dehnung erforderlichen Bedingungen vorhanden sind. Der dadurch geschaffene Zustand wäre am passendsten als Zerrung des Hautgewebes, Distensio oder Divulsio zu bezeichnen.

Meine eigenen Beobachtungen an sogenannten Schwangerschaftsnarben einer 31jährigen Frau haben mich zu der Ueberzeugung geführt, dass der zur Atrophie führende Process in allen wesentlichen Punkten mit jenem der senilen Atrophie übereinstimmt. Zunächst habe ich in Uebereinstimmung mit Langer eine Verschmälerung des Epithellagers der Haut und eine Abflachung der Papillen constatiren können. Da mir keine Bauchhaut während der Schwangerschaft zur Verfügung stand, kann ich über den Mechanismus der Verdünnung des Epithellagers keine Aussage machen. Nachdem in meinen Präparaten das Säulenepithel an der Grenzzone an vielen Stellen nachweisbar war, dürfte der Schwund des Epithels kein so intensiver sein, wie in der Greisenhaut. Dort, wo Säulenepithel fehlte, war auch das Epithel bis auf 3 oder 4 Lagen von Elementen reducirt. Der Papillarkörper ist streckenweise zu Protoplasma umgewandelt, in welchem spindelförmige Felder mit soliden oder grobkörnigen kernähnlichen Bildungen abwechseln. An anderen Stellen hingegen fehlen solche Bilder der Verjüngung und treffen wir die collagenen Bündel mit zwischengelagerten Kernen, entsprechend dem Alter der Frau. In den oberen Lagen der Lederhaut traf ich vielfach Felder, welche den myxo-fibrösen Feldern der Greisenhaut völlig ähnlich sahen. Da die Frau, von welcher meine Präparate stammen, wenige Tage nach der Entbindung gestorben war, wäre die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass das Auftauchen myxo-fibröser Gewebe im

Laufe der Schwangerschaft stattgefunden hat. Die tieferen Lagen der Lederhaut zeigen das Auseinanderweichen der Bündel in ausgeprägter Weise. Zwischen den groben Bündeln sehen wir zahlreiche aus schmalen, spindelförmigen Bündeln aufgebaute Felder eingelagert. (Fig. 4.)

Fig. 4.



Schwangerschaftsnarbe von der Bauchhaut einer 31jährigen Frau. Vergr. 600.

L = Breites Bindegewebsbündel im Längsschnitt.
Q = Breites Bindegewebsbündel im Querschnitt.
B = Breites Bindegewebsbündel an einem Ende zersplittert.
S = Schmale spindelförmige Bindegewebsbündel.

In der Umgebung der breiten Bündel sind die protoplasmatischen Bildungen merklich verbreitert; desgleichen ist zwischen den schmalen collagenen Bündeln das Protoplasma merklich vermehrt, und zwar sowohl in Gestalt umschriebener, grob granulirter Protoplasmakörper, der sogenannten Bindegewebskerne, wie auch in schmalen, die Bündel von einander trennenden Protoplasmalagern. Die Bündel selbst sind augenscheinlich gut mit collagener

Grundsubstanz infiltrirt, denn das Netz der lebenden Materie ist in denselben nicht deutlich sichtbar.

Die Möglichkeit liegt vor, dass die breiten Bindegewebsbündel direct zu schmalen Bündeln zersplittert sind, ein Process, welcher thatsächlich an manchen Bündeln direct erkennbar ist. Mir scheint indessen viel wahrscheinlicher zu sein, dass die breiten Bündel zuerst durch Verflüssigung der Grundsubstanz in einen protoplasmatischen Zustand zurückgeführt wurden, aus welchem dann die schmalen Bündel hervorgingen, wie sie der Lederhaut eines achtmonatlichen Fötus oder dem Papillarkörper einer Person mittleren Lebensalters entsprechen.

3. Pathologische Atrophie.

Ich habe ein Präparat von Atrophie der Lederhaut des Vorderarmes vor mir, welches eine Combination von Verdünnung mit Pigmentmangel, mit streckenweisem Pigmentüberschuss des Epithels, — sogenannter Vitiligo — darstellt. Solche Stellen der Haut erscheinen dem freien Auge an Punkten, wo das Pigment fehlt, glatt, glänzend und verdünnt. Die Papillen sind verkleinert und abgeflacht; der Papillarkörper im protoplasmatischen Zustande mit reichlicher Einlagerung kernähnlicher Bildungen; in den tieferen Lagen sind die Bindegewebsbündel verschmälert, auseinandergeworfen, und von einander durch aus schmalen Bündeln hergestellte Felder und kernhaltige Protoplasmamassen abgetrennt. Im Wesentlichen ist demnach der Befund derselbe, wie bei der senilen Atrophie und bei der Bildung von sogenannten Schwangerschaftsnarben.

Alles, was ich in atrophischen Hautpräparaten gesehen habe, zwingt mich zu der Schlussfolgerung, dass der Process, welchen wir gemeinhin als Schwund oder Atrophie bezeichnen, keineswegs durch directe Verschmälerung der Bindegewebsbündel zu erklären ist. Vielmehr drängen alle Thatsachen zu der Annahme einer Verjüngung des Gewebes der Lederhaut, durch Rückkehr zu einem Stadium der Indifferenz, selbstverständlich nach vorausgegangener Einschmelzung oder Verflüssigung der collagenen Grundsubstanz. Wiederholte Schwankungen zwischen neuerlicher Ablagerung von Grundsubstanz und Wiederkehr des protoplasmatischen Zustandes

lassen es erklärlich erscheinen, dass wir bei der Atrophie Entwicklungszuständen begegnen, welche dem achten, siebenten und selbst dritten intrauterinen Lebensmonate entsprechen. Der Papillarkörper, welcher in der Entwicklung im Vergleiche mit der übrigen Lederhaut stets um ein Stadium zurück ist, wird auch am frühesten in das dem dritten Lebensmonate entsprechende Stadium der Indifferenz zurückkehren, und darin verharren. Ein eigentlicher Schwund, eine Absorption der Gewebe, ist erst dann denkbar, nachdem das früheste Stadium derselben, nämlich dasjenige der protoplasmatischen Indifferenz, erreicht ist.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

I.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** in Breslau.)

Varia.

1. V. Congrès international de la Fédération Britannique, continentale et internationale. Section d'Hygiène (Session de Genève 10., 12. und 13. September 1889). — Referat: Le Progrès méd. 1889, Nr. 38 u. 39.
2. **Commenge.** La prostitution à Paris. — Gaz. des hôpit. 1890, Nr. 4.
3. **Streltzow.** Allgemeine Charakteristik der venerischen Erkrankungen, welche 1888 im Ujasdow'schen Militärspital behandelt wurden. — Sammelschrift des Ujasdow'schen Spitals zu Warschau. 1889, II, 2, pag. 39—57 (russisch).
4. **Tortora.** Rendiconto statistico speciale degli ammalati osservati e curati nel deambulatorio sifilo-dermopatico (sito in napoli alla Via Tribunali Nr. 231) durante il triennio 1885—1886—1887. — Napoli 1889.
5. **Lydston** Frank G. Evolution of the local venereal diseases. — Midowell Med. Society (11. November 1889). The Times and Register, 21. December 1889.
6. **Cordier.** Sur une nouvelle variété de balanite. — Lyon méd. 5. Jänner 1890.
7. **Gaulliard.** Contribution à l'étude des complications du phimosis. — Thèse de Paris 1889.
8. **Bataille et Berdal.** Balanoposthite contagieuse. — La semaine méd. 1889, Nr. 52.
9. **Orval.** Des lymphangites vénériennes de la verge. — Thèse de Paris 1889.
10. **Welch** George T. Satyriasis caused by Varicocele and ceasing after successful operation for the latter. — The Med. Record New-York, vol. 36, Nr. 7.
11. **Taylor** R. W. Chronic inflammation, infiltration and ulceration of the external genitals of women, with a consideration of the question of esthiomène, or lupus, of these parts. — The New-York Med. Journ. 4. Jänner 1890, Nr. 579.
12. **Faust.** Zur desodorisirenden Wirkung der Borsäure. — Therap. Monatsh. 1889, November.
13. **Casper.** Ueber Sterilitas virilis. Verein für innere Medicin. 13. Jänner 1890. — Berliner klin. Wochenschr. 1890; Nr. 5.

14. **Fenwick.** Two cases of complete epispadias in the adult. — Lancet, 1. Februar 1890.
15. **Lydston** Frank G. Herpes progenitalis. — Med. News, 8. Februar 1890.
16. **Pescione.** L'ulcera venerea cronica. — Riforma med. 1889, Nr. 92.
17. **Condorelli Francaviglia.** Vagina doppia con imene doppio et utero inferiormente septus. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, Nr. 4.
18. **Simes.** Death following a urethral injection of Cocaine. — Med. Record, 12. April 1890.
19. **Guyon.** Note sur l'anatomie et la physiologie pathologique de la retention d'urine. — Le progrès med. 1890, Nr. 9.
20. **Brik.** Aus der urologischen Praxis. — Internat. klin. Rundschau 1889, Nr. 48 u. 49.
21. **X.** u. **Otis** W. K. Endoscopy by inflation. — The New-York Med. Journ., 8. März 1890, S. 270.
22. **Heuel** Franz jun. Endoscopy by inflation. — The New-York Med. Journ., 15. März 1890.
23. **Routh** Amand. Urethral diverticula. — Lancet, 15. Februar 1890.
24. **Poncet.** Asepsie de diverses variétés de sondes, de cathéters. — Lyon méd. 1889.
25. **Ricard** A. De l'asepsie des instruments employer dans le cathétérisme de l'urèthre. — Gaz. des hôpit. 1890, Nr. 28.
26. **Davis** A. E. A new Catheter. — The Brit. Med. Journ., 19. April 1890.
27. **Streeter** H. W. Dilating Urethrotomy. — Med. Record, 8. März 1890, S. 270. (Enthält eine warme Empfehlung der im Titel angegebenen Operation.)

(1) Ochsenbein verliest die Arbeit Champfleury van Ysselstein's (Haag) über „die Untersuchung der Prostituirten vom allgemein hygienischen Standpunkte aus". Ysselstein kommt darin als Vertreter des abolitionistischen Standpunktes auf Grund seiner in Paris, Haag und Brüssel gemachten Beobachtungen zu folgenden Resultaten: Bei unerwarteten Untersuchungen in den Bordellen fand er zwei Drittel der Prostituirten krank, ein Drittel verdächtig, eine eigentlich gesunde fand er nicht. Verfasser erklärt durch jahrelange möglichst genaue und häufige Untersuchungen versucht zu haben, eine Besserung der Verhältnisse herbeizuführen, er hätte aber ein besseres Resultat nicht erzielen können. Er verwirft deshalb aufs Entschiedenste die Reglementirung und ärztliche Controle der Prostituirten. — Stoukowenkow (Kiew) kommt ebenfalls auf Grund der schlechten Erfolge der ärztlichen Controle und der Reglementation im Allgemeinen zu der Ansicht, dass die Bordelle abzuschaffen sind. Er verlangt zur Verhütung der Ausbreitung der Syphilis, die in Russland noch mehr wie in anderen Ländern zu einem socialen Uebel geworden ist, Aufklärung des Volkes über die Art und Heilung der Krankheit, freie Aufnahme, freie langdauernde Behandlung in den Kliniken und freie Medicin. — Woestenberg (Stockholm) gibt eine Statistik der Syphilis in Schweden. Von 1878—1885 nahm entsprechend der Vermehrung der Bevölkerung die Zunahme der Inscriptionen zu. Es betrug 1876 die Zahl der luetischen Erkrankungen 7·40 : 1000, 1885 7·85 : 1000. Woestenberg bespricht dann ausführlich die Arbeit Gilosing's (Les maladies vénériennes en Danemark), besonders den Umstand, dass in den Städten Dänemarks, in welchen die Reglementirung der Prostituirten aufgehoben wurde, eine Abnahme der Syphilis zu verzeichnen war, während sie in Kopenhagen, wo die Inscribirung weiter bestand, zunahm. — Pelizzari (Pisa) konnte bisher als einzigen Erfolg der Controle eine Verminderung der Ulcera mollia constatiren, im Uebrigen verwirft er ebenfalls die ärztliche

Untersuchung der Prostituirten, weil unvollständig und ungenau, er empfiehlt hingegen das sogenannte italienische System, nach welchem die Bordelle gestattet, aber nicht überwacht sind. Schliessung eines Bordells erfolgt sofort, wenn Infectionen aus demselben zur Kenntniss der Polizei kommen; es ist in Folge dessen der eigene Vortheil des Bordellwirthes, für genaue Untersuchung seiner Mädchen zu sorgen. — Nach Stuart besteht in der englischen Armee bei den syphilitisch Kranken der enorme Procentsatz von 26 : 1000. In der englischen in Indien stehenden Armee beträgt er sogar 350 : 1000. Im Gegensatz hiezu ist er minimal bei der eingeborenen englisch-indischen Armee. — Blanche Edwards (Paris) bespricht die Ernährung hereditär-syphilitischer Kinder, speciell die künstliche Ernährung derselben mittelst Eselsmilch etc.; die Uebertragung der Lues auf die Ammen der Kinder, und die Impfsyphilis. — Forel (Zürich) bringt zum Schluss als Vorsitzender folgende Thesen für die hygienische Section in Vorschlag: 1. Die Reglementation der Prostituirten muss in allen Ländern, in welchen sie noch besteht, abgeschafft werden, da sie nicht den Zweck der Prophylaxe der venerischen Krankheiten erfüllt. 2. Die Syphilis, welche durch die Reglementation nicht eingeschränkt werden kann, muss eingeschränkt werden durch andere zu unserer Verfügung stehende Mittel: Eröffnung der Hospitäler, freie Medicin etc.

Commenge (2) stellte während eines Zeitraumes von 10 Jahren (von 1878 bis 1887) die Anzahl der Erkrankungen fest: 1. Unter den Prostituirten, welche in Bordellen wohnten oder eigene Wohnung hatten, 2. unter denjenigen, welche, obwohl inscribirt, während längerer Zeit Freiheitsstrafen verbüssen (femmes du dépôt), 3. unter denjenigen, welche der geheimen Prostitution angehören. Er berechnete die Erkrankungen, indem er sie in Verhältniss brachte zur Anzahl der Untersuchungen und zur Zahl der untersuchten Frauenspersonen. Er kam hiebei zu folgenden interessanten Resultaten: 1. Unter den Prostituirten, welche in eigener Wohnung leben, kamen bei 305.799 Untersuchungen 3·12 : 1000 syphilitische Erkrankungen, 3·06 : 1000 nicht luetische, 0·36 : 1000 Krätzekranke; 2. unter den Prostituirten der Bordelle kamen bei 503.712 Visiten 2·70 : 1000 luetische, 2·52 : 1000 nicht luetische, 0·30 : 1000 Krätzekranke. 3. Unter den „filles en dépôt" kamen bei 76.000 Visiten 23·96 auf 1000 luetische, 14·46 auf 1000 nicht luetische, 4·06 auf 1000 Krätzekranke, 4. Unter den Mädchen der geheimen Prostitution kamen bei 27.041 Visiten 166 auf 1000 luetische, 134 auf 1000 nicht luetische, 19 auf 1000 Krätzekranke. Commenge spricht sich in Folge dessen für genaue Regelung und Ueberwachung der Prostitution aus.

Galewsky.

In Tortora's (4) Poliklinik zu Neapel wurden im Triennium 1885—1886—1887 3406 Kranke (2071 Männer + 1335 Weiber) behandelt. Unter diesen litten 1107 (550 Männer + 557 Weiber) an blennorrhagischen Formen, 798 (547 Männer + 251 Weiber) an venerischen Helkosen, 1115 (722 Männer + 393 Weiber) an Syphilis. Die übrigen Fälle betrafen nicht specifische Erkrankungen der Haut. Dornig.

Lydston (5) glaubt, dass gewisse, sonst unschädliche, in der Luft lebende Mikroorganismen unter bestimmten, veränderten Lebensbedingungen virulent werden können. Er stellt sich vor, dass unschädliche Mikroorganismen der Urethra, resp. Vagina zuweilen virulent werden und bald einfache Balanitis oder venerische Vegetationen, bald einfache Urethritis, bald einfache Geschwüre oder wirkliche Schanker erzeugen können. Ledermann.

Cordier (6) konnte bei mehreren Individuen, welche innerlich Jodpräparate (Jodkalium, Jodnatrium) genommen hatten, bei gleichzeitiger Application von Calomel auf Primäraffecte oder Herpesbläschen der Glans, heftige

und sehr schmerzhafte Balanitiden entstehen sehen. — Cordier erklärt sich dieselben ebenso wie die Entstehung der Conjunctivitiden bei Calomeleinstreuungen und Jodgebrauch durch die Umwandlung des Calomel in Protojodür unter dem Einfluss des durch den Harn ausgeschiedenen Jods. Er empfiehlt deshalb bei äusserlichen Calomelgaben im Präputialsack oder auf der Glans Vermeidung von innerlichem Jodgebrauch. Galewsky.

Gaulliard (7) wendet sich nach kurzer Besprechung der congenitalen Phimose und ihrer entzündlichen Complicationen, sowie der Balanoposthitis, zur acuten und symptomatischen Phimose, sei es, dass sie im Verlauf eines Ulcus molle oder eines indurirten Schankers auftritt. Ausführlicher geht er alsdann auf die medicamentöse, allgemein bekannte Behandlung der Phimose ein und auf den chirurgischen Eingriff der Spaltung, resp. Circumcision, bei drohender Nekrose, bei phagedänischem Schanker etc. Galewsky.

Bataille und Berdal (8) beschreiben eine eigenartige Form von Balanoposthitis, welche sie — mit den ihr eigenthümlichen Charakteren — durch Impfung übertragen konnten und welche sie aus diesem Grunde und wegen ihres specifischen Aussehens für eine wohl charakterisirte Infectionskrankheit halten. Es handelt sich um Erosionen, welche in nach aussen convexen Bogenlinien fortschreiten und einen sehr feinen, weissen, leicht erhabenen, nach aussen aufgeworfenen Rand aufweisen — nach innen von diesem Rande wird das nekrotisirte Epithel abgestossen. Die Art des Fortschreitens erinnert an manche parasitäre Hautkrankheiten. Die Verfasser versprechen weitere Mittheilungen, vor Allem über die Natur des diesen Affectionen zu Grunde liegenden Contagiums. Jadassohn.

Nach einer kurzen, historischen Einleitung und einer eingehenden anatomischen Schilderung der Lymphbahnen des Penis bespricht Orval (9) die Lymphangitiden des Penis, sei es, dass sie als „einfache, entzündliche Lymphangitiden bei fehlender Haut oder bei Schleimhautabschürfungen auftreten", sei es, dass sie die Folge von Gonorrhöe, eines Ulcus molle oder der Lues seien. — Die Arbeit, welche sich auf zwölf Beobachtungen stützt, bringt im Wesentlichen nichts Neues. Galewsky.

Welch (10). Eine aussergewöhnlich grosse Varicocele verursachte bei einem jungen Manne Satyriasis, welche nach Unterbindung der Varicen dauernd verschwand. Sternthal.

In einer sehr ausführlichen, mit zahlreichen, sehr gut ausgeführten makro- und mikroskopischen Abbildungen versehenen Abhandlung bespricht Taylor (11) die verschiedenen chronischen Infiltrations- und Ulcerationsprocesse, welche an den weiblichen Genitalien vorkommen. Es ist in der That ein Bedürfniss gewesen, diese unter den verschiedensten Namen beschriebenen, in ihrer Genese noch vielfach unklaren Processe vom klinischen wie vom pathologischen Standpunkt aus, auf Grund eines reichhaltigen Materials, einmal gründlich zu schildern; denn dieselben haben zu mannigfaltigen Irrthümern Anlass gegeben (siehe unter Anderem die Oberländer'schen gonorrhoischen Vaginalveränderungen) und sind von Dermatologen wie von Gynäkologen in gleicher Weise stiefmütterlich behandelt worden. Der polemische Theil wendet sich vor Allem und gewiss mit Recht gegen die von Huguier (1889) her übliche Bezeichnung aller möglichen chronisch-ulcerösen Processe der Vulva als Esthiomène oder Lupus; ein Missbrauch, welcher in Deutschland wohl weniger vorgekommen ist, als in der französischen und englischen Literatur. Die Gesammtheit aller an den Genitalien vorkommenden hyperplastischen und chronisch-ulcerösen Processe theilt Taylor in folgende 6 Gruppen ein: 1. Kleine Hyperplasien, Carunkeln und

papilläre Geschwülste. 2. Grosse Hypertrophien und Hyperplasien. 3. Hyperplasien in Folge von acuten und chronischen schankrösen Ulcerationen. 4. Die verschiedenen Formen der Hypertrophie in Folge von Oedema indurativum syphiliticum. 5. Hyperplasien in Folge von chronischen Geschwüren, sogenannten Schankern („Chancroids") bei frischer und alter Lues. 6. Hyperplasien bei alten Luetikern, ohne specifischen Charakter, bald oder lange nach der Periode der gummösen Infiltration auftretend, in einigen Fällen zugleich mit irgendwelchen specifischen Affectionen bestehend. Es ist leider im Rahmen dieses Referats nicht möglich, die vom Verfasser sehr anschaulich und immer in Anlehnung an einzelne Fälle geschilderten klinischen Bildern auch nur mit einiger Ausführlichkeit wiederzugeben; wer sich künftig mit diesem Gegenstand beschäftigt, wird eines eingehenden Studiums der Taylor'schen Abhandlung nicht entrathen können. Nur einige wenige, das obige Schema illustrirende Bemerkungen seien hier noch gestattet: Die kleinen, bald festeren, bald weicheren Tumoren der ersten Classe, welche entweder autochthone Neubildungen oder Hypertrophien der Carunkeln, Faltungen etc. der Vulva sind und meist keinerlei Beschwerden machen, können durch mannigfache Reize, Entzündungen, Coitus und Partus, Masturbation etc. etc. in die grösseren Hyperplasien übergehen, welche die 2. Classe Taylor's bilden und durch die verschiedensten Grade hindurch bis zu sehr unförmigen und lästigen Deformitäten — der Elephantiasis ähnlich, aber nach Taylor keineswegs mit ihr identisch — führen können. In diese Gruppe gehören auch multiple „Vegetationen" in der Vulvo-Analgegend, zuerst warzig, dann glatt und hautähnlich und bei Vernachlässigung zu Excoriationen, schmutzig belegten Geschwüren von unregelmässiger Form, ja selbst zu Fisteln Anlass gebend — nach dem Bilde der einen von Oberländer geschilderten Form sehr ähnelnd. — Die Hyperplasien in Folge von schankrösen Ulcerationen kommen — nach des Verfassers Erfahrung — gewöhnlich zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr vor. Unreinlichkeit, intercurrente Entzündungsprocesse, immer wiederholte Traumen bedingen das „Chronischwerden" der Schanker, besonders wenn diese an weniger zugänglichen Stellen, wie an der Innenseite der kleinen Labien, am Orificium vaginae etc. liegen; auch wenn solche Geschwüre während der Hospitalbehandlung zugeheilt sind, brechen sie nach der Entlassung leicht wieder auf; sie können mit der Zeit zu sehr tief gehenden Ulcerationen, Perforationen, Fisteln, Hämorrhagien, erysipelatösen Entzündungen und schliesslich zu Emaciation, zu Phthise, zu chronischer Diarrhöe, zu Pyämie führen; die Patientinnen bleiben nicht länger als etwa 15 Jahre am Leben. Mit Recht hebt Taylor die klinischen Differenzen dieser Geschwüre gegenüber dem gewöhnlichen Ulcus molle und die fortdauernden Wechselbeziehungen zwischen Hypertrophie und Ulceration hervor. Bei der Besprechung des indurativen Oedemes betont der Verfasser die langsame Heilung desselben auch bei specifischer Therapie; er bespricht das Vorkommen des gleichen Processes nicht blos im 1., sondern auch im 2. und 3. Jahre des secundären Stadiums, besonders bei traumatischen oder entzündlichen Reizungen der Vulva. Aber auch in der eigentlichen Spätperiode der Lues treten Geschwüre vor, welche wohl Anfangs eigentlichen Schankern gleichen, weiterhin sich aber von diesen immer mehr entfernen und die bei alten Luetikern bestehende „Neigung der Gewebe zu Ulceration und Hyperplasie" darthun; solche Geschwüre spielen eine grosse Rolle in der Aetiologie der hier besprochenen Hypertrophien; sie entwickeln sich allmälig und zuerst schmerzlos und unterscheiden sich weder histologisch noch klinisch streng von den gleichen Processen bei nicht Syphilitischen. Zum Schluss betont Taylor, dass wenn auch die an diesen Processen leidenden Personen schliesslich oft einer Phthise erliegen, doch eine Disposition zu tuberculöser Erkrankung, scrophulöser Habitus etc. bei ihnen nicht nachgewiesen ist; wir kennen

keine allgemeine, im Organismus liegende Ursache zu diesem — wie noch einmal energisch betont wird — von Lupus und Tuberculose völlig verschiedenen Leiden. — Anhangsweise wird über die Resultate der von Dr. Ira van Gieson vorgenommenen histologischen Untersuchung berichtet. Es handelte sich in dem excidirten Stückchen um eine „chronisch-productive oder chronische cellulare Entzündung“ mit Neubildung von Bindegewebe, Entwickelung der fixen Bindegewebszellen zu polygonalen Zellen, die in Haufen bei einander liegen und zu Riesenzellen, welche oft die Mitte von Nestern solcher polygonaler Zellen einnehmen; aber diese meist perivasculär angeordneten Knötchen unterscheiden sich nicht blos durch den Mangel an Bacillen, sondern durch das Fehlen centraler Coagulationsnekrose und einer sie umgebenden Rundzelleninfiltration, durch die unscharfe Begrenzung auch anatomisch scharf von Tuberkeln. Weiterhin treten dann rein entzündliche Processe, kleinzellige Infiltration, Epidermisveränderungen etc. hinzu. — Auch wer, wie Referent, in manchen Einzelheiten von den Anschauungen des Verfassers abweicht, wird aus der Abhandlung reiche Belehrung und Anregung schöpfen. Bei jedem einigermassen reichlichen Prostituirtenmaterial findet sich wohl eine ganze Anzahl in das hier besprochene Gebiet gehöriger Fälle, die bisher einer sorgfältigen klinischen und anatomischen Analyse noch entbehrt haben. Jadassohn.

Faust (12) empfiehlt Aufpulverung von feinpulverisirter Borsäure, vor Allem wegen ihrer desodorisirenden Wirkung bei Balanoposthitis mit starkem, durch die Smegmazersetzung hervorgerufenen Fötor. Jadassohn.

Casper (13) bespricht die beiden Hauptformen der männlichen Sterilität, den Aspermatismus und die Azoospermie und berichtet dann über einen interessanten Fall von männlicher Sterilität. Bei dem seit 2 Jahren verheirateten Patienten blieb die Ehe kinderlos. Bei der Frau liess sich nichts finden, was diesen Zustand erklärlich machte. Der Mann hatte eine Gonorrhöe mit consecutiver einseitiger Epididymitis durchgemacht. Urethra für 22 Charr. durchgängig. Lues wird geleugnet, trotzdem zur Zeit allgemeine Drüsenschwellung und eine Plaque auf einer Tonsille vorhanden waren. Das Sperma enthält keine Spermatozoen. Da bei dem Patienten keine Kachexie bestand, keine Degeneration des Hodens, etwa durch Tuberculose, Carcinose und Syphilis, keine doppelseitige Epididymitis vorangegangen war, nahm Casper als Ursache der Azoospermie Lues an. Diese Annahme wurde durch den Erfolg der antisyphilitischen Cur bestätigt. — In der Discussion erklärte Fürbringer den Fall damit, dass an den Ausführungsgängen der Hoden Wucherungen bestanden, die den Uebertritt der Spermatozoen und des Sperma hinderten. Diese Wucherungen seien durch das Mercur und Jodkali beseitigt. Stein.

Fenwick (14) hat bei zwei erwachsenen Menschen, bei einem 25jährigen und bei einem 18jährigen Manne, eine complete Epispadie beschrieben. Im ersteren Falle waren in früherer Zeit 3 Operationen gemacht worden, welche den Zweck hatten, einen künstlichen Sphincter vesicae wiederherzustellen; gleichwohl war eine ausgesprochene Incontinenz, ein Mangel jeglicher Capacität der Blase bestehen geblieben. Der zweite Fall lag um Einiges günstiger, da eine Retentionsfähigkeit der Blase bis zu 3 Stunden den Zustand hier erträglicher machte. Friedheim.

Lydston (15) gibt im Wesentlichen einen Ueberblick über Alles, was bisher über Aetiologie und Pathologie des Herpes progenitalis bekannt ist mit besonderer Berücksichtigung der Unna'schen Theorien. Er weist besonders auf das häufige Vorkommen dieser Affection bei syphilitischen

Individuen hin. Zur Behandlung empfiehlt er das von „Parke, Davis & Co." hergestellte „Oleate of Zinc". Ledermann.

Pescione (16) kann der Ansicht Jullien's, dass das chronische Genitalgeschwür, da es nicht virulent und daher auch nicht specifisch sei, keine pathologische Einheit bilde und theils durch lupöse Geschwüre, theils durch ulcerirende Gummen oder Epitheliome repräsentirt werde, nicht beistimmen, da sowohl das chronische Geschwür als auch die eben erwähnten Geschwürsformen sowohl in pathogenetischer Beziehung als auch bezüglich ihrer Structur wohl charakterisirt sind. Beim Lupus, beim Epitheliom und bei syphilitischen Formen haben die Geschwüre eine ausgesprochen destructive Tendenz, welche beim chronischen Geschwür vollständig fehle. Auf Grund einer Zusammenstellung von 14 Fällen weist Pescione nach, dass das chronische venerische Geschwür ohne Ausnahme aus einem Ulcus molle hervorgehe. Das chronische Geschwür ist bald von unregelmässiger Form, bald oval oder rund. Sein Lieblingssitz sind die äusseren Partien des weiblichen Genitale; es zeichnet sich durch erhabene, aufgeworfene, blasse Ränder und flachen, glänzenden, spärlich secernirenden Grund aus. Ränder und Grund haben fibröse, nahezu knorpelige Consistenz. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand Pescione an Verticalschnitten ein System von verschieden geformten und verflochtenen Bindegewebsfasern, die der Hauptsache nach lamellär geordnet waren. Zwischen den Fibrillen sah man durch Fortsätze mit einander verbundene Bindegewebskörperchen. Die Entwickelung eines Gefässnetzes fehlte ganz, an der Geschwürsfläche zeigte sich eine spärliche Proliferation von Bindegewebskörperchen, die fortwährend zerfielen, an den Rändern trat eine dichte epitheliale Schichtung deutlich hervor. Die Structur nähert sich mithin jener eines lamellären Fibroms, ja Pescione bezeichnet das chronische venerische Geschwür geradezu als „flaches lamelläres venerisches Fibrom". Die Genese wäre nach ihm folgende: das Ulcus molle nimmt nach einer destructiven Phase, sei es durch allgemeine, im Individuum liegende, sei es durch örtliche Bedingungen, einen torpiden, atonischen Charakter an; diese Phase führt in den umgebenden Geweben zu einer chronischen Entzündung, aus welcher vorerst eine bindegewebige, in der Folge eine fibrilläre Hypertrophie resultirt, schliesslich entwickelt sich mit der Compression der Gefässe ein rein fibröses Gewebe. In der Structur des chronischen Geschwüres liegt nach Pescione die Erklärung für die Unmöglichkeit einer spontanen Restitution, da die reparatorischen Elemente fehlen; die einzig rationelle Behandlung sei die Excision. Dornig.

Condorelli Francaviglia (17) fand bei einer Prostituirten folgende angeborene Missbildung: Durch ein median verlaufendes verticales membranöses Septum, welches vom Ostium vaginale bis zum inneren Muttermunde reichte, war die Scheide und der Cervicalcanal in zwei nahezu gleiche Hälften getheilt; als Reste eines doppelten Hymens fanden sich an beiden Scheideneingängen Carunculae myrtiformes. Auf letzteren Befund legt Condorelli Francaviglia deshalb besonderes Gewicht, weil dadurch die Ansicht Huschke's und Hyrtl's widerlegt wird, welche behaupten, dass bei angeborener Duplicität der Vagina der Hymen nicht nur nicht in der Zweizahl vorhanden ist, sondern an beiden Vaginen fehlt. Dornig.

Simes (18) schildert in der Gazz. degli ospitali einen Todesfall in Folge einer Cocaininjection in die Urethra. Der Patient, ein 28jähriger Mann bekam vor der Urethrotomia interna, der er sich unterziehen wollte, ein Gramm einer 20procentigen Cocainlösung in die Urethra eingespritzt. Abgesehen von seiner Strictur war er vollkommen gesund. Unmittelbar nach

der Injection zeigte sich eine Contraction der Gesichtsmuskeln, Mydriasis, Dyspnöe, heftige epileptiforme Krämpfe. Nach zwanzig Minuten unter den Erscheinungen hochgradiger Cyanose Exitus. Bei der Autopsie fanden sich die Lungen normal, nur stark hyperämisch. Der linke Ventrikel enthielt kein Blut. Ledermann.

Guyon (19). Auf Grund einer grossen Zahl von Krankenbeobachtungen, die durch eine Reihe von Thierversuchen controlirt wurden, stellt Guyon seine Erfahrungen über die Retentio urinae zusammen. Jede Anhäufung von Urin in der Blase verursacht in dem Urinapparat Läsionen, welche die Function des Organs beeinträchtigen und es leichter verletzlich machen. Die chronischen unvollständigen Verhaltungen gehen ohne Fieber einher, so lange keine septische Infection vorliegt. Das Fieber schwindet mit der Beseitigung des inficirenden Agens. Beim Menschen ist jede Retention von einer Polyurie begleitet, und zwar sowohl die chronische als die acute Retention; die Polyurie tritt auf lediglich unter dem Einfluss der Füllung der Blase. Eine weitere Folge der Retention ist die Congestion des Urinapparates. Bei den chronischen Retentionen mit Distension der Blase folgt der vollkommenen Entleerung der Blase Hämaturie. Bei der acuten vollkommenen Urinverhaltung ist eine congestive Anschwellung der Prostata und der Nieren zu constatiren, welche unter dem Einfluss der Katheterbehandlung schwindet. Die Verhaltung hat Stasen der Blutgefässe und interstitielle Blutungen im Gefolge. Das Epithel der Blase löst sich stellenweise ab, der Urin vermischt sich mit Blut, die Nieren nehmen an Volumen zu und erleiden Texturveränderungen. Die Congestion der Nieren führt zur Hämorrhagie, das extravasirte Blut zerstört die Nierenepithelien. Man findet dann im Urin Blut und Epithelcylinder. Die Function der Niere ist gestört. — Bei der acuten vesicalen Hämaturie ist der Urin, den man aus den Ureteren entnimmt, zunächst klar, später wird auch er blutig, indem der Urin aus der Blase nach den Ureteren aufsteigt. Die Urinstauung wird dann umsomehr eine complete, als durch die excessive Ausdehnung die Blase sowie die Ureteren ihre Contractionsfähigkeit einbüssen. Wenn die Retention kurzen Datums ist, d. h. die Dauer von 24 Stunden nicht überschritten hat, ist es möglich, dass Blase und Ureteren ihren alten Zustand wieder erlangen. Stein.

Brik (20) beschreibt 3 von Ultzmann angegebene Vorrichtungen: 1. Eine Cocainspritze zur Anästhesirung der Urethra posterior (Pravaz'sche Spritze mit einem elastischen $1\frac{1}{2}$ Mm. dicken Injectionsrohr). 2. Einen „Plattgriff mit Spannungsvorrichtung für weiche Katheter aus Hartgummi zur Erleichterung des Katheterismus" und 3. eine Kühlkappe für den Penis, zur Spaltung des zu engen Orificium urethrae externum mit dem Pacquelin; die Beschreibung dieser Instrumente muss im Original nachgelesen werden. Jadassohn.

Ein ungenannter Autor, sowie W. K. Otis (21) machen beide den Herausgeber des „New-York Med. Journ." in einer Zuschrift die Mittheilung, dass das von Heuel in der Nummer vom 22. April beschriebene Instrument zur Dilatation der Urethra identisch ist mit dem Aero-Urethroskop, beschrieben von Antàl in dem Centralblatt für Chirurgie am 14. Mai 1887. Noch andere Literaturangaben darüber hat Otis in der Vierteljahresschrift und in einem illustrirten Artikel von Dr. Keyes in „Sajous Annual of the Universal Medical Sciences for 1888" gefunden. Er selbst hat darüber berichtet in seinem Artikel „Some improvement in urethroscopic apparatus" in The New-York Med. Journ., 13. April 1889. Ledermann.

Heuel (22) bedauert in einer Zuschrift an den Herausgeber des „New-York Med. Journ.", dass er das Antàl'sche, gleichem Zwecke dienende

und ähnlich construirte Instrument nicht gekannt habe, da er sonst wohl gebührend in seiner Publication davon Notiz genommen hätte, und erörtert einige unwesentliche Differenzen seines Instrumentes von dem des vorgenannten Autors. Ledermann.

Routh (23) führt die Entstehung der sogenannten Urethrocele beim Weibe für die Mehrzahl der Fälle auf einen Verschluss der Ausführungsgänge urethraler Drüsen zurück. Es bilden sich Retentionscysten, innerhalb derer es zu entzündlichen Processen kommen kann. Hier und da sind es hämorrhagische Cysten, auch innerhalb der Gravidität oder durch instrumentelle Eingriffe gebildete Pseudocysten, welche nach Routh den Ausgangspunkt darstellen. Die Therapie ist eine chirurgische, sie besteht in der Excision des Sackes. Ist eine gleichzeitige Urethritis oder Cystitis vorhanden, so hat zunächst eine Drainage durch die Vaginalwand stattzufinden. Dass Braxton Hicks in einem Falle die Höhlung von Phosphatconcrementen ganz ausgefüllt sah, sei hier besonders erwähnt. Friedheim.

Poncet (24) glaubt vollständige Asepsis von Bougies, Kathetern etc. dadurch zu erreichen, dass er dieselben erst einer trockenen Hitze bis zu 120—130° aussetzt und sie dann in ein Gefäss bringt, welches gepulvertes Talcum und Borsäure enthält, auch diese sind vorher auf dieselbe Weise sterilisirt. In diesem aseptischen Pulver bleiben die Sonden bis zu ihrem Gebrauch. Galewsky.

Ricard (25) will mit Rücksicht auf die mannigfachen Gefahren, die aus dem Gebrauch ungenügend desinficirter Instrumente beim Katheterisiren entspringen, dem Praktiker eine Methode an die Hand geben, stets leicht und bequem aseptische Katheter und Sonden zu erhalten. Am einfachsten ist das für Metallinstrumente, die man nur in kochendes Wasser mit oder ohne Zusatz einer antiseptischen Flüssigkeit zu legen braucht. Ebenso bequem für die Kautschuksonden (Nélaton'sche Sonden); auch sie kann man für einige Secunden in kochendes Wasser thun oder sie in einer 5procentigen Carbolsäure-, respective 1‰ Sublimatlösung aufbewahren, muss aber diese letzteren vor dem Gebrauche gut abwaschen, damit sie die Harnröhre nicht reizen. Schwerer ist es, die Gummisonden zu sterilisiren, die das längere Liegen im Wasser ruinirt. Man lege sie in einen mit Watte verschlossenen Glasbehälter, dessen Temperatur im Wasserbade eine halbe Stunde lang auf 100° erhalten wird; diese Procedur wird an drei auf einander folgenden Tagen wiederholt, damit auch die widerstandsfähigen Sporen getödtet werden. Vor dem Einführen der Instrumente in die Harnröhre säubere man gut deren äussere Mündung und bei septischen Processen spüle man sie selbst erst mit einer antiseptischen Lösung aus. Bruck.

Das von Davis (26) construirte Instrument, ein Mittelding zwischen weichem Bougie und Katheter, ist aus sehr biegsamem, elastischem Gummi, über 24 Zoll lang. Die Oeffnung befindet sich 12 Zoll von dem Ende des Bougies entfernt, an der Uebergangsstelle von Bougie zu Katheter. Der dünne vordere Bougietheil dringt bei Stricturen leicht in die Blase ein und wird so weit vorgeschoben, bis die Oeffnung des sich anschliessenden Katheters sich in der Blase befindet. Es läuft dann der Urin ab, während der Anfangstheil zu gleicher Zeit in der Blase verbleibt. Das Ende des soliden Theiles ist dünner wie Nr. 1 englisch. Ledermann.

Gonorrhöe und deren Complicationen.

1. **Dannie.** Die Entzündung des Bulbus urethrae. — Thèse de Paris 1889.
2. **Custer** (Manayunk). Gonorrhoea in a boy fife years of age. — The Med. and Surg. Rep., 19. October 1889. Referat in „The Med. Record", 23. November 1889.

3. **De Broë** Patris. Étude sur la pathogénie des complications de la blennorrhagie. (Étiologie ancienne. — Etiologie nouvelle.) — Thèse de Paris, 1889.
4. **Guyon et Janet.** Arthrites et hydrocèle blennorrhagiques sans gonocoques. — Ann. des mal. des org. gén.-urin., August 1889.
5. **Strümpell.** Ueber chronische gonorrhoische Gelenksentzündungen. — Münchener med. Wochenschr. 1890, Nr. 2.
6. **Dufour.** Des méningo-myélites blennorrhagiques. — Thèse de Paris 1889.
7. **Oberländer.** Chronisch-gonorrhoische Affectionen der Scheidenschleimhaut bei Prostituirten. -- Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. IX, Nr. 11.
8. **Herman** G. Ernest. A discussion on corporeal endometritis, its frequency, diagnosis and treatments. In the section of obstetrics at the annual Meeting of the brit. med. association at Leeds, August 1889. — The Brit. Med. Journ., 1. Februar 1890.
9. **Thiroloix** H. Péritonite suraiguë au cours d'une double pyosalpingite blennorrhagique latente. — La France méd. 1889, Nr. 139.
10. **Paley.** Urethral stricture. Brighton and Sussex medico-chirurgical society, 7. November 1889. — The Brit. Med. Journ., 30. November 1889.
11. **Giraud.** Traitement de l'uréthrite blennorrhagique par le Salol. — Thèse de Paris 1890.
12. **O'Brien** R. F. (Dover). Treatment of Gonorrhoea by means of Seawater injections. — The Brit. Med. Journ., 30. November 1889, pag. 1215.
13. **Pousson.** Blennorrhagie guérie par la medication abortive. — La France méd. 1889, und Ann. de la Policlinique de Bordeaux 1889.
14. **Saugree** Ernest. Strong solution of argentic nitrate as an injection. — The Times and Reg., 16. November 1889.
15. **Croskey** J. W. Sodium silico-fluoride ein neues Antisepticum. — The Times and Reg., 6. Juli 1889.
16. **Dreyfous.** De l'antisepsie des organes urinaires par la voie interne. — Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1890, I. und II.
17. **Fleiner.** Beiträge zur Therapie der chronischen Gonorrhöe. — Therap. Monatschr., December 1889.
18. **Lewis** Bransford. Treatment of gonorrhoea by the ointment method. Mac Dowell med. society. 11. November 1889. — The Times and Reg., 21. December 1889.
19. **Felekl.** Medicamenten-Sonde zur Behandlung der chronischen Blennorrhöe. — Ill. Monatschr. der ärztl. Polytechnik 1889, 12.
20. **Ramazzotti.** L'injettore uretrale d'unguenti del Dott. P. Tommasoli modificato. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889. Nr. 3.
21. **Dubard.** Behandlung der blennorrhagischen Vaginitis mit Resorcin. — Thèse de Paris 1889.
22. **Horowitz.** Das Cocaïn in der urologischen Praxis. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1889, XI.
23. **Grünfeld.** Die Behandlung des Blasenkatarrhs. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1889, XII.
24. **Parvin.** The use of creolin in cystitis of the female. — Med. News, 30. November 1889, Nr. 881.
25. **Little.** Saccharin in cystitis. — The Brit. Med. Journ., 11. Jänner 1890.
26. **Woodbury.** Acute inflammation of the bladder. Catarrh of the bladder. — The Times and Reg., 11. Jänner 1890.
27. **Hickman.** On the treatment of urethral stricture by electrolysis. — Kansas Med. Record, Mai 1889.
28. **Clarke** Bruce. Electrolysis in urethral stricture. — Lancet, 7. December 1889.

29. **Edwards** F. Swinford. Electrolysis in urethral stricture. — The Brit. Med. Journ., 21. December 1889.
30. **Clarke** W. Bruce. Electrolysis in urethral stricture. — The Brit. Med. Journ., 4. Jänner 1890.
31. Editorial article. The treatment of stricture of the urethra by means of electrolysis. — Med. News, 18. Jänner 1890.
32. **Daun** Leo. Orchitis with epididymitis cured by compound licorice powder. — New-York Med. Journ., 18. Jänner 1890.
33. **Castel.** Treatment of gonorrhoeal orchitis. — L'union méd., 10. October 1889. Referat in The Med. News, 16. November 1889.
34. **Cadell** Francis. Can urethritis be considered a specific disease. Periscope of syphilology and genito-urinary diseases. — Edinburgh Med. Journ., April 1890, S. 974.
35. **Bazy.** Des uréthrites blennorrhagiques. — Le progrès méd. 1890, Nr. 1 u. 2.
36. **Augagneur.** Verschiedene Arten des chronischen Trippers. — La Province méd. 1889, 3.
37. **Fenwick.** Relapsing urethritis. — Lancet, 1. März 1890.
38. **Finger** Ernest. Ueber latenten chronischen Tripper beim Manne. — Wiener med. Wochenschr. 1890, Nr. 2—4.
39. **Wiley.** Abortivbehandlung der Gonorrhöe. — Pacific. Med. and Surg. Journ. 1888, Dec.
40. **Jullien.** Nouvelles indications sur le traitement de la blennorrhagie. — Ref.: La France méd. 1890, Nr. 14.
41. **Apping.** Zur Behandlung der Urethritis gonorrhoica beim Manne. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1890, Nr. 1.
42. **Schmitt.** Traitement de la blennorrhagie chez la femme. Revue méd. de l'Est 1889, Nr. 19.
43. **Fritsch.** Canüle zur localen Behandlung der weiblichen Harnröhre. — Centralbl. f. Gynäkol. 1890, Nr. 10.
44. **Neuhaus.** Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane. — Deutsche Med.-Zeitung 1890, Nr. 19. 1. Blutungen aus der Harnröhre. 2. Das Oleum Santali ostindicum.
45. **Matlakowski.** Periurethritis dissecans as a complication of gonorrhoea. — The Prov. Med. Journ., 1. Februar 1890. Ref. in Med. Record, 15. März 1890.
46. **Pescione.** Flemmone periuretrale blennorragica. — Bollett. delle cliniche, Marzo 1889.
47. **Pollaczek.** Zur Aetiologie der Bartholinitis. — Pester med.-chir. Presse, 1889. 49.
48. **Feleki.** Ist die Bartholinitis eine blennorrhagische Erkrankung? — Pester med.-chir. Presse 1889, 46.
49. Prescription for Cystitis. — Med. News, Jan. 25, 1890.
50. **Auvergniot** L. A. De la Mono-Arthrite chez la femme. — Thèse de Paris 1890.
51. **Klophel** C. G. Buchanan. Urinary, urethral, Catheter, or Urin fever with the report of a case. — The Ther. Gaz., 15. März 1890, S. 152.
52. **Potter** W. A later study of pelvic inflammations. Transaction of the Buffalo Obstetrical Society, 28. Jänner 1890. — Buffalo Med. and Surgic. Journ. 1890, März.
53. **Stewart** R. W. Some observations on stricture of the male urethra. — New-York Med. Journ., 12. April 1890.
54. **Flemming** W. J. Discussion über den Vortrag: „Stricture of urethra". The Glasgow Med. Journ., März 1890.
55. **Brewer** George E. Accidents, complications and Results following internal urethrotomy upon 120 cases of stricture. — Med. Record, 1. Februar 1890, S. 133.

Die Urethritis anterior hat nach Dannie (1) die besondere Tendenz sich im Bulbus zu localisiren. Gründe: Die Weite und Schlaffheit desselben, die ungenügende Action der nur mit geringem Druck im Bulbus anlangenden mit der Tripperspritze injicirten Medicamente, Reizung durch im Bulbus zurückbleibenden Urin. Symptome: Ausfluss und Verklebung des Orificium, Schmerz im Bulbus bei Untersuchung mit der Sonde, in schweren Fällen Strictur. Die „Bulbitis“ kann durch Urethritis posterior, Epididymitis complicirt sein. Therapie: Béniqué-Sonde, Irrigationen und Instillationen von Lapislösungen, Hamonic's Joddämpfe. Letztere Procedur wird ausführlich beschrieben. Finger.

Custer (2) hat einen für sein Alter sehr entwickelten 5jährigen Knaben, der mit einem gonorrhoisch erkrankten Mädchen zusammenschlief, an einer sehr schweren Gonorrhöe erkranken sehen. Ledermann.

Patris de Broë (3) stellt die ältere Theorie, welche die Complicationen der Gonorrhöe als Producte einer Allgemeininfection mit Gonococcen auffasste, und die neuere, nach der dieselben die Resultate einer Misch-Infection mit pyogenen Mikroorganismen (Staphylococcus pyogenes aureus, albus etc.) sind, einander gegenüber, sammelt die Angaben aus der Literatur, welche sich für die eine, wie für die andere Hypothese verwerthen lassen, mit leidlicher Vollständigkeit, betrachtet sie kritisch, und kommt schliesslich zu dem mit grosser Sicherheit ausgesprochenen Resultat, dass diese Complicationen als „parablennorrhoische“, als secundäre Infectionen aufzufassen sind. Auf die Einzelheiten der Arbeit einzugehen erübrigt sich, da weder das thatsächliche Material, noch das Raisonnement etwas für den deutschen Leser Neues bringt; die Schwierigkeiten, welche auch der Hypothese von der Mischinfection entgegenstehen (z. B. warum vereitern die Arthritiden so selten? etc.), übergeht der Verfasser; der Bockhart'sche Infectionsversuch, den wir längst als einen kaum mehr zu discutirenden Irrthum erkannt haben, macht ihm ernstliche Schwierigkeiten. — Schliesslich werden als Prophylacticum Einspritzungen in die Urethra mit Sublimat 1 : 2000 oder Borsäure 2 : 100 empfohlen; wer da weiss, wie so starke Sublimatlösungen auf die entzündete Urethra wirken, und wer andererseits die antiseptische Wirkungslosigkeit 2% Borsäure kennt, den wird diese Zusammenstellung eigenartig berühren. Jadassohn.

Guyon und Janet (4) haben in 3 Fällen von gonorrhoischer Arthritis im Kniegelenk, welche klinisch keine Besonderheiten darboten, 2, 5 und 9 Tage nach dem Erscheinen des Ergusses die Punction gemacht und in der serösen, aber Eiterkörperchen enthaltenden Flüssigkeit weder mikroskopisch, noch auf dem Wege der Cultur irgendwelche Mikroorganismen auffinden können; dasselbe Resultat ergab die Untersuchung einer zu einer frischen Epididymitis hinzutretenden Hydrocele. Es handelte sich also augenscheinlich in diesen Fällen weder um die Invasion von Gonococcen, noch um eine Mischinfection. Die Verfasser sind geneigt, die Entstehung solcher bacterienfreier Entzündungen zurückzuführen auf die Einwirkungen löslicher, durch die Gonococcen auf der Urethralschleimhaut gebildeter und zur Resorption gelangter Stoffwechselproducte (Ptomaine). Sie unterscheiden von dieser subacuten, mit serösem, nicht eitrigem Erguss einhergehenden Entzündung eine acute, phlegmonöse Form mit eitrigem Exsudat und sprechen die Ansicht aus, dass die bei solchen Formen von anderen Autoren gefundenen Mikroorganismen nicht Gonococcen, sondern pyogene Mikroorganismen gewesen seien, dass diese sehr seltenen Vorkommnisse also in der That auf einer Mischinfection beruhen. Jadassohn.

Strümpell (5) stellte einen Fall von chronischer gonorrhoischer Gelenksentzündung bei einem Patienten vor, welcher 8 Tage nach der Erkrankung an einer acuten Gonorrhöe von einem Rheumatismus in Zehen, Knöcheln und Knien befallen wurde, der ihn für lange Zeit unfähig zum Gehen machte, nach mehreren Jahren — die Schmerzen waren nie ganz verschwunden — recidivirte und dem Patienten jetzt das Ansehen eines Rückenmarkskranken gab. Beide Beine in leichter Beugecontractur, Musculatur stark atrophisch, die Gegend der Ischiadici auf Druck empfindlich; active Beweglichkeit sehr beschränkt; in beiden Kniegelenken deutlicher Erguss. Strümpell meint, dass solche chronische Gelenkserkrankungen nach Gonorrhöe nicht selten sind, und dass sie häufig mit spinalen oder neuritischen Leiden verwechselt werden. Jadassohn.

Nach einer kurzen historischen Besprechung der Gonorrhöe und ihrer Complicationen bespricht Dufour (6) an der Hand von 10 Krankengeschichten die Aetiologie, Symptomatologie etc. der „Meningo-Myelitiden blennorrhagischer Natur". Verfasser schildert die Erkrankung als eine im Verlauf oder gegen das Ende gewisser Blennorrhöen auftretende und hält sie in Folge dessen für eine specifische, durch den Gonococcus hervorgerufene. Da bacteriologische Untersuchungen überhaupt nicht stattfanden, mikroskopische Untersuchung nach der Section nur in einem Falle möglich war, erübrigt sich wohl ein eingehendes Referat der an Hypothesen überreichen Arbeit. Galewsky.

Oberländer (7) gibt im Wesentlichen dasselbe, was er in der Vierteljahresschrift für Dermatologie 1888, Seite 39—53 (mit Tafel III) veröffentlicht hat. Neues ist nicht hinzugefügt. Sternthal.

Eine der wichtigsten Formen der Endometritis corporis, von der wir leider nichts wissen, als dass sie existirt, ist nach Herman (8) die Endometritis gonorrhoica. Die gonorrhoische Entzündung beginnt nach Vortragendem in der Vagina, steigt zum Cervix, Uterus und dann zu den Tuben. Da sie zuerst den Uteruskörper passirt haben muss, ehe sie zu den Tuben gelangt, so lässt sich die Endometritis nicht anders constatiren, als dass man eine Tubenerkrankung nachweist. Irgend ein anderes klinisch-diagnostisches Merkmal dafür gibt es nicht, ebensowenig wie über die anatomischen Veränderungen irgend etwas bekannt ist. Für die chronischen Formen der Endometritis macht man nach Herman oft die Syphilis verantwortlich, wie es scheint, rein aus theoretischen Erwägungen, da praktisch der Nachweis noch nie geführt ist. In der Discussion wird im Wesentlichen die Frage der Behandlung ventilirt und darüber Einstimmigkeit erzielt, dass man durch Erweiterung des Cervicalcanals und nachfolgende Einwirkung antiseptischer Substanzen auf die erkrankte Schleimhaut, eventuell nach vorausgeschicktem Curettement die relativ besten Erfolge erzielt.
Ledermann.

Thiroloix (9) beschreibt einen Fall von Peritonitis bei einem jungen Mädchen, welches von einer Cervixblennorrhöe nahezu geheilt war. Der Verlauf war ein rapider, und unter den heftigsten Schmerzen und fortwährendem Erbrechen trat nach 36 Stunden der Tod ein. Die Autopsie ergab, während es im Leben nicht gelungen war, eine Erkrankung der inneren Genitalien festzustellen, eine doppelseitige Pyosalpinx, von der aus wahrscheinlich die Entzündungserreger in die Bauchhöhle gelangt waren. An eine operative Entfernung der Tuben war bei der Unmöglichkeit, an der Lebenden eine richtige Diagnose zu stellen, natürlich nicht zu denken.
Bruck.

Paley (10) gibt eine statistische Uebersicht über die ätiologischen Momente der Urethralstricturen und kommt zu dem Schluss, dass Gonorrhöe

bei Weitem am häufigsten diese Folgen nach sich zieht. Was die Behandlung der Stricturen betrifft, so empfiehlt er in Fällen, in welchen ein Katheter nicht passiren kann, bei bestehender Harnverhaltung protrahirte heisse Bäder und Opium, eventuell Punction der Blase oberhalb der Pubes und Aspiration; die letztgenannte Operation konnte ohne Schaden mehrere Tage hintereinander wiederholt werden. In Fällen, in denen der Katheter nicht passiren kann, aber keine Urinretention besteht, hat er die Patienten bei schmaler Kost und salinischen Abführmitteln eine Woche lang zu Bett gehalten, worauf die Instrumente leicht eingeführt werden konnten. Ebenfalls erwies sich die continuirliche Dilatation mit weichen Kathetern nützlich, die leicht in die Blase gelangten und erst am nächsten Tage durch solche grösseren Kalibers ersetzt wurden. Zu diesem Zwecke eigneten sich vorzüglich die olivenförmigen französischen Katheter, oder wenn die Strictur zu eng war, Fischbeinbougies. In Fällen von traumatischer Strictur wurden mit der Whellhouse'schen Operation gute Erfolge erzielt. Black bestreitet in der Discussion mit Rücksicht auf die Bryant'sche Statistik, dass Gonorrhöe die häufigste Ursache für Stricturen bildet, während Sanderson dem Vortragenden beistimmt. Menzies warnt vor dem Gebrauch von Celluloidkathetern und berichtet über einen Fall, in welchem ein solcher in der Blase abbrach. Staples empfiehlt mit Bezug auf seine militärärztlichen Erfahrungen Civiale's Urethrotomie, wenn eine graduelle Dilatation nicht gelingt.

Ledermann.

Im Anschlusse an eine vor Kurzem erschienene Arbeit Dreyfous', veröffentlicht Giraud (11) seine Erfahrungen über den Erfolg innerlicher Salolgaben bei Gonorrhöe. Das Salol, sagt Giraud, vermindert, ohne Wunder zu leisten, vortheilhaft den Ausfluss, es scheint gleichzeitig die Schmerzen entschieden herabzusetzen. Manchmal erscheint es vortheilhaft, gleichzeitig innerliche Gaben von Cubeben und Copaiva anzuwenden, um die Heilung zu beschleunigen. Bei blennorrhoischem Rheumatismus scheint es nicht immer wirksam zu sein. Das Salol in täglichen Gaben von 4—5 Gr. wird stets gut vertragen und zeigt keine Nebenwirkungen; seine Wirksamkeit scheint sich ausschliesslich auf die Urin leitenden Wege zu beschränken; es setzt sich im Darm unter dem Einflusse des Pankreassaftes in Salicyl- und Carbolsäure um, auf diese Weise ist seine aseptische und antiseptische Wirkung zu erklären. Der Arbeit geht eine kurze historische Einleitung (in welcher sich Verfasser als entschiedener Anhänger der Gonococcentheorie bekennt), eine kritische Uebersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden und ein kurzes Capitel über die chemische Zusammensetzung und Herstellung des Salol voraus.

Galewsky.

O'Brien (12) berichtet über 32 Fälle acuter Gonorrhöe, welche im Militärhospital mit stricter Ruhe, Diät, salinischen Abführmitteln und daneben mit Einspritzungen von kaltem und warmem Seewasser behandelt wurden. Die Injectionen wurden 7—8mal täglich wiederholt und mehrere Minuten in der Harnröhre zurückgehalten. Die Durchschnittsdauer bis zur vollständigen Heilung betrug nur 8·87 Tage. Der O'Brien selber wunderbar erscheinende prompte Erfolg in allen Fällen bestimmt ihn zu der Veröffentlichung. Mikroskopische Controle scheint nicht ausgeführt worden zu sein.

Arning.

Pousson (13) erzielte bei frischer Gonorrhöe durch Anwendung der Abortiveur innerhalb 6 Tagen vollständige Heilung. Die Therapie bestand in Instillation von 5 Tropfen einer Argentumlösung im Verhältniss von 1 : 30 vermittelst eines Instillateurs (je am 1. und 4. Tage), in innerlichen Gaben von Oleum ligni Santali-Kapseln und in Injectionen mit Argentumlösungen.

Galewsky.

Saugree (14) hat bei einem Gonorrhöekranken, der 6 Monate lang erfolglos mit allen möglichen Mitteln behandelt wurde, durch eine einmalige Injection einer sehr starken Lösung von Silbernitrat nach vorheriger Cocainisirung der Urethra vollständige Heilung erzielt. Ledermann.

Nach Croskey (15) ist das nach der Formel $Na_2 \, Si \, H_6$ zusammengesetzte Natrium silico-fluoride (ein weisses, in Wasser im Verhältniss von 1 : 140 lösliches Pulver) schon in der Verdünnung 1 : 1000 ein gutes Antisepticum, das namentlich bei Gonorrhöe — schon nach 4maliger Injection — sehr gute Erfolge erzielt.

Dreyfous (16) empfiehlt bei den Affectionen der Harnwege, insbesondere den infectiösen, der Gonorrhöe, die innerliche Anwendung der Antiseptica, des Copaivabalsam, der Cubeben, Oleum ligni Santali, vor Allem des Salol. Verfasser gibt ebenso wie Sahli, das Salol in Dosen bis 8 Gr. pro die und hat hiebei nur einen Fall von Einwirkung auf den Magen und auf das Gehörorgan gesehen. Die antiseptische Wirkung erklärt sich Dreyfous ebenso wie Macki durch die Umwandlung des Salol vermittelst des Pankreassaftes in Salicylsäure und Carbolsäure; Verfasser glaubt daher auch dasselbe bei ablaufenden infectiösen Nephritiden und Operationen der Urinwege empfehlen zu dürfen. Ebenso wendet er Salol bei Arthritiden im Verlauf der Gonorrhöe, seitdem er in einem Falle einen eclatanten Erfolg damit erzielte, an; er glaubt sogar, dass Salolgaben das eventuelle Auftreten von Arthritiden verhindern können. Verfasser rühmt als Erfolge des Salols bei Gonorrhöe und Cystitis namentlich: Verminderung der Schmerzen und des Ausflusses, Umwandlung des eitrigen Secretes in ein serös-eitriges. Der Arbeit sind Auszüge aus 7 Krankengeschichten beigegeben (5, bei welchen allein Salol, 2, bei welchen Salol zusammen mit Balsamicis gegeben wurde). Galewsky.

Durch die Arbeit Fleiner's (17) erfahren wir, dass Czerny bereits im Jahre 1880 auf dem Chirurgencongress über die Behandlung der chronischen Gonorrhöe mittelst Salbensonden, deren er eine demonstrirte, d. h. also durch Combination der chemischen und mechanischen Behandlung vorgetragen hat, dass also ihm gegenüber Unna, resp. Casper die Priorität gebührt. Der übrige Theil der Arbeit ist den Lesern des Archivs bereits bekannt. Herxheimer.

Zur Coupirung einer acuten Gonorrhöe und als vorzügliches gonococcentödtendes Mittel empfiehlt sich nach Lewis (18) die Einführung einer reinen, resp. mit Medicamenten beladenen Lanolinsalbe in die erkrankte Urethra. Lewis treibt die Salbe mittelst einer Pistole durch einen weichen Katheter in die Harnröhre hinein. Ledermann.

Feleki (19) hat ein neues Instrument zur Behandlung der chronischen Gonorrhöe construirt, welches der Finger-Tommasoli'schen Salbenspritze ähnlich ist; es unterscheidet sich von dieser wesentlich dadurch, dass es länger, dass der in der Blase liegende Schnabel compact und aus Zinn gefertigt ist und dass das ebenfalls gesonderte, der Pars posterior entsprechende Mittelstück von einer Anzahl von Löchern durchbohrt ist, durch welche die Salbe, resp. das flüssige Medicament direct mit der Schleimhaut der hinteren Harnröhre in Verbindung gebracht wird. Zu diesem Zweck dient ein mit Baumwolle armirter Tamponträger. Ein ganz ähnlich zusammengesetztes Instrument, das ebenso wie das Feleki's, die Salbenbehandlung und die Dehnung combiniren sollte, das aber nur aus einem Stücke besteht,

hat Herr Professor Neisser bereits vor 2 Jahren anfertigen lassen; besondere Vorzüge hat aber auch diese Behandlung nicht ergeben.

Jadassohn.

Ramazzotti (20) nahm an Tommasoli's Salbenspritze einige Modificationen vor, deren hauptsächlichste darin bestehen, dass der Katheter 21 Ctm. (statt 16) lang ist, und dass sein urethrales Ende keine Oeffnung besitzt, sondern abgerundet ist. Die für den Austritt der Salbe bestimmten kleinen Oeffnungen, deren das Instrument drei hat, befinden sich seitlich nahe dem urethralen Ende. Stempel und Stempelstange sind genau jenen der Spritze Tommasoli's nachgebildet. Die Füllung der Spritze geschieht in der Weise, dass die Salbe nach Entfernung der Stempelstange in das offene Ende des Katheters mittelst einer gläsernen, mit einem 7 Ctm. langen Röhrchen versehenen Spritze eingetrieben wird. Die Vorzüge dieser modificirten Salbenspritze gegenüber jener Tommasoli's sollen darin liegen, dass: 1. das Instrument leichter in die Urethra eingeführt werden kann, 2. dass dessen Application nicht die geringste Verletzung der erkrankten Urethralschleimhaut herbeiführen kann, da das urethrale Ende des Instrumentes vollkommen abgerundet ist und daher über die Falten der Schleimhaut anstandslos hinübergleitet.

Dornig.

Dubard (21) empfiehlt nach vorheriger Cocainisirung die täglich vorzunehmenden Einpinselungen 12% Resorcinglycerinlösungen. Heilung in 20 Tagen.

Finger.

Horowitz (22) bespricht ausführlich und empfiehlt energisch die Anwendung des Cocains in 5—10% Lösung sowohl zur Operation der Phimose und Paraphimose (die von dem Verfasser angegebene Dose von 2·0 Gr. zu parenchymatöser Injection, erscheint uns doch nicht unbedenklich), zur Erleichterung der Bougie-Einführung besonders bei neurasthenischen Individuen, zur Linderung des Harndranges bei Erkrankungen der Prostata und des Blasenhalses (im letzteren Falle Einspritzungen durch einen weichen, über den Bulbus hinaus geführten Katheter), und endlich bei den gonorrhoischen Samenblasenentzündungen, bei welchen die Cocainisirung des Blasenhalses ebenfalls die lebhaften Schmerzen lindert.

Jadassohn.

Nach einer kurzen Darstellung der verschiedenen Formen des Blasenkatarrhs, der acuten und chronischen Cystitis schildert Grünfeld (23) die verschiedenen Behandlungsmethoden. Er empfiehlt beim einfachen Blasenkatarrh nur diätetische Therapie, behandelt die acute Cystitis antiphlogistisch (Blutegel, Kälte, Narcotica; besonders empfiehlt er Cocainsuppositorien 0·2 auf 5 Dosen), eventuell warme Sitzbäder, Klysmata etc., greift in solchen Fällen nur ungern und dem Zwang gehorchend zum Katheter und spült erst gegen das Ende hin regelmässig aus (1% Borsäure, ½—1‰ Creolin, Kal. hypermangan.); er zieht zu Ausspülungen den Irrigator der Spritze vor. — Bei der chronischen Cystitis ist neben der causalen und allgemeinen Behandlung die locale (Entleerung der Blase und Ausspülung mit milden Desinficientien) angezeigt; die Ultzmann'schen und Hegar'schen Instrumente sind nur mit grosser Vorsicht zu benutzen.

Jadassohn.

Parvin (24) empfiehlt bei der Cystitis der Frauen Ausspülungen der Blase mit ½- bis höchstens 2%iger Lösungen von Creolin, welch letztere Concentration in einem Falle schon sehr starke Beschwerden gemacht, dabei aber — trotz nur einmaliger Anwendung — sehr prompt gewirkt hat. Eine einmalige tägliche Ausspülung mit dem von Hegar angegebenen Instrumente genügt.

Jadassohn.

Little (25) hat Saccharin mit gutem Erfolge bei Cystitiden mit stinkendem ammoniakalischen Urin verabreicht. Ledermann.

Bei acutem Blasenkatarrh gibt Woodbury (26) mit gutem Erfolge eine Mixtur, bestehend aus Infus. fol. uvae ursi und Natron bicarbonicum. Ausserdem leistet ihm bei Blasenkatarrh Tct. ferri acetici Gutes. Ledermann.

Hickman (27) spricht sich energisch für die Anwendung der Elektrolyse, von der er im Allgemeinen nach den Vorschriften Newman's Gebrauch gemacht hat, aus; er schreibt ihr „eine stimulirende und eine sedative Wirkung" zu, d. h. gerade die beiden Eigenschaften, welche er nach seinen Anschauungen für das Wesentlichste der Stricturbehandlung ansieht. Jadassohn.

Clarke Bruce (28) rühmt die elektrolytische Behandlung der Harnröhrenstricturen, deren Wirksamkeit er in 50 Fällen bewährt fand. Den negativen Pol verband Clarke mit dem äusseren Ende der Bougie, deren Spitze der stricturirten Stelle der Schleimhaut fest angepresst wurde. Die Sitzungen, zwischen denen mehrwöchentliche Pausen lagen, dauerten 20—30 Minuten. Im einzelnen führt Clarke aus, wie in gewissen Fällen, wo es sich noch nicht um narbige Veränderungen der Schleimhaut, sondern um spastische, durch Geschwüre der Schleimhaut hervorgerufene Zustände der Musculatur handelte, die vom negativen Pole ausgehende chemische Wirkung durch Ausheilung dieser Geschwüre zu ganz eclatanten Resultaten führte. Friedheim.

Edwards (29) schildert die ungünstigen Erfahrungen, die er bei der Behandlung von Urethralstricturen mit der Anwendung der Elektrolyse gemacht hat. Ledermann.

Clarke (30) weist in einer Zuschrift an das „Brit. Med. Journal" die von Edwards gegen die Elektrolyse bei Urethralstricturen erhobenen Vorwürfe zurück, indem er einer Reihe gut verlaufener, so behandelter Fälle Erwähnung thut und die Veröffentlichung einer ausführlichen Arbeit über diesen Gegenstand in Aussicht stellt. Ledermann.

Der Herausgeber der Med. News (31) bezweifelt die Universalwirkung der von Dr. Boisseau du Rocher construirten Elektrode mit olivenförmigem Ansatz, indem er darauf hinweist, dass bei dem verschiedenen Sitz und bei der wechselnden Form der Stricturen sich auch die Behandlung dem jeweiligen pathologischen Vorgang anpassen muss, ein einziges Instrument unmöglich für alle Fälle ausreicht. Alle bekannten Methoden der Stricturbehandlung, sowohl die allmälige Dilatation, die Urethrotomia externa und interna wetteifern um das Ziel der besten Resultate und müssen gelegentlich angewendet werden. Ob die Elektrolyse uns einen Schritt vorwärts zu bringen vermag, ist vorläufig eine Frage, deren Beantwortung noch aussteht. Ledermann.

Daun (32) berichtet über eine wunderbare Besserung bei einem lange vergeblich behandelten, an Orchitis und Epididymitis Erkrankten, der, die ärztliche Vorschrift verwechselnd, Jodtinctur theelöffelweise innerlich nahm und sich mit „licorice powder" abrieb. Ledermann.

Castel (33) lenkt bei der Behandlung der gonorrhoischen Orchitis die Aufmerksamkeit auf die Internbehandlung, combinirt mit Compression und Anwendung von Kälte; Natrium salicylicum (empfohlen von Edward Henderson) hat er vielfach nutzbringend gefunden. Die Dauer der Krankheit wurde abgekürzt, die Schmerzen verringert, die Schwellung ging in kurzer Zeit zurück. 6 Gr. wurden täglich verabreicht. Ebenso günstig

wirkt: Anemone pulsatilla in einer Lösung von Syrupus simplex 120 Gr., Tinctura pulsatilla 30 Tropfen, davon zweistündlich ein halber Theelöffel. Daneben bedient sich Castel gut sitzender Suspensorien und der Eisblase. Zur Erzielung einer guten Kältewirkung eignet sich auch ein mit Methylchlorid getränkter Wattebausch, der aber nur wenige Secunden auf dem Hoden liegen bleiben darf. Ledermann.

In einem Artikel des Herausgebers des „American Lancet“ vom October 1889 ist die Frage, ob Urethritis als eine specifische Krankheit betrachtet werden darf, discutirt und in negativem Sinne beantwortet. Gegenwärtig sind, wie der Referent Francis Cadell (34) schreibt, die Ansichten über die Natur und Ursache der Urethritis getheilt. Cadell selbst beobachtete 2 Fälle von Urethritis, der eine in Folge von excessivem Bicyclefahren, der andere in Folge starken Reitens. Die Erscheinungen waren dieselben wie bei einer heftigen Gonorrhöe. In dem einen Falle folgte Epididymitis. Auch das mikroskopische Bild war wie bei einer virulenten Urethritis. Sternberg hat gezeigt, dass der in gonorrhoischem Eiter gefundene Mikrococcus identisch ist mit den in Panaritien oder in alkalischen Urinen vorkommenden, und macht darauf aufmerksam, dass Eiter von einer nicht gonorrhoischen Quelle, wie durch zahlreiche Experimente bewiesen, contagiös ist. Vetsch übertrug Muco-pus von einer ägyptischen Ophthalmie auf die Urethralschleimhaut und 36 Stunden später entwickelte sich Gonorrhöe. M. Gayomao erzeugte sie bei sich durch Eiter von einer granulären, purulenten Ophthalmie. In anderen Fällen wurden Urethralentzündungen durch Eiter von Abscessen, Vulvitis, infantiler Leukorrhöe (in Folge von Würmern) etc. beobachtet. Aus alledem wird die specifische Natur der Gonorrhöe, die Cadell mit jeder Urethritis identificirt, in Abrede gestellt. (Sollten sich alle diese Beispiele bei genauer Quellenforschung und Gonococcenuntersuchung nicht als veritable Gonorrhöen herausgestellt haben? Ausserdem ist es ein Nonsens, jede Urethritis mit Gonorrhöe identificiren zu wollen, da wohl jede Gonorrhöe eine Urethritis, aber nicht jede Urethritis eine Gonorrhöe ist. Unter einer Gonorrhöe versteht man eben nur jene typisch verlaufende Erkrankung der Urethralschleimhaut, in deren Secret sich Gonococcen finden und die durch Gonococcen-Infection erzeugt ist; während jede Reizung der Urethralschleimhaut, welcher Art sie auch sei, natürlich eine Urethritis hervorruft. Referent.) Ledermann.

Bazy (35) geht von dem Gesichtspunkte aus, dass jeder Harnröhrenausfluss von einer Gonorrhöe oder einer Strictur herrühre und sieht hiebei von den durch Fremdkörper, Abscesse, Tuberculose hervorgerufenen Ausflüssen ab. Er meint, dass in den weitaus meisten Fällen die Urethra posterior der Sitz der chronischen Gonorrhöe sei, und dass diese wohl schwerer zu beseitigen ist, als die chronische anterior. In vielen Fällen werde die bereits geheilte anterior von dem Secret der posterior von Neuem inficirt. Zur Diagnose wichtig sei die Untersuchung des Urins auf Fäden. Nach vorangegangener Reinigung der vorderen Harnröhre lässt man den Patienten in 2—3 Gläser uriniren. Zur Behandlung eignen sich am besten Lösungen von Arg. nitr. bis zu 5% und Dehnungen der Harnröhre. Mit diesen Dehnungen will Bazy nicht weit über 20 hinausgehen, weil durch Einrisse, die man hervorruft der Ausfluss weiter unterhalten wird. — Bezüglich der Nothwendigkeit, jeden Fall von chronischer Gonorrhöe zu differenziren, ob es sich um eine anterior oder posterior oder um Beides handle, wird gewiss jeder mit dem Verfasser einverstanden sein; eine exacte Diagnose ist aber nur unter Zuhilfenahme des Mikroskopes in jedem Falle denkbar. Stein.

Augagneur (36) unterscheidet 4 Formen des chronischen Trippers: 1. Geringe Auflockerung der Schleimhaut, Vergrösserung der Papillen, Er-

weiterung der Lacunen in der Pars anterior. 2. Katarrh der Pars posterior mit Parese des Sphincters und häufigem Harndrang. 3. Stricturen. 4. Prostatorrhöe; von den traumatischen Urethritiden unterscheiden sich die blennorrhoischen durch ihre grosse Tendenz zur Verschleppung und weiteren Ausbreitung.

Fenwick (37) berichtet von einem Falle, in dem es ihm gelang, als Ursache einer Gonorrhöe, welche innerhalb eines Zeitraumes von 6 Jahren auf die geringfügigsten Anlässe hin recidivirte, eine umschriebene Granulationswucherung auf der Harnröhrenschleimhaut nachzuweisen. Ihr Sitz war 2½ Zoll hinter dem Meatus urethrae. Die Granulationen selbst waren deutlich erhaben und erschienen im Endoskop als ein geradezu glänzender Fleck. Eine optische Täuschung glaubte Fenwick mit Bestimmtheit hier ausschliessen zu können. Friedheim.

Finger (38) unterscheidet 3 Formen des chronischen Trippers, und für die Behandlung einer jeden stellt er völlig scharf präcisirte Indicationen. 1. Recentere Formen, in denen neben den circumscripten Herden und um diese herum noch grössere Schleimhautflächen in der Form von Congestion und passiver Hyperämie mit Auflockerung, Schwellung und Hypersecretion der Schleimhaut erkrankt sind. Diese Formen äussern sich durch schleimigtrüben Urin mit Tripperfäden. Therapeutisch kommt es zunächst darauf an, die katarrhalischen Erscheinungen zu beseitigen, und zwar gelingt dies am besten mit diluirten, schwächeren, adstringirenden Lösungen, die man je nach der Localisation des Krankheitsprocesses auf verschiedene Weise applicirt. Sitzt die Affection in der Pars anterior, so kommt man meist mit der gewöhnlichen Tripperspritze zum Ziele; ist der Bulbus ergriffen, so hat sich ein von Finger angegebener Apparat bewährt, der je nach der Belastung, mit der man den Spritzenstempel beschwert, ein weiteres Eindringen der Injectionsflüssigkeit gestattet. Bei der Localisation in der Pars posterior empfiehlt sich die Application mittels der Diday'schen Irrigation. Als Lösungen gebraucht Verfasser: 1. Arg. nitr. (0·1%), 2. Cupr. sulfur. (0·1%), 3. Zinc. sulfocarbol., Alum. crud. āā 1·0, Aq. dest. 500·0. Durch Beseitigung der katarrhalischen Begleiterscheinungen wird die erste Form übergeführt in die folgende. 2. Aeltere circumscripte Formen mit Tripperfäden im klaren Urin, in denen aber die Veränderungen oberflächlich nur in der Mucosa sitzen. Die Diagnose der Localisation muss nach Ausschluss der sub 3 zu beschreibenden tieferen Veränderungen gestellt werden mittelst der Sonde, die bei Berührung der befallenen Stelle stets eine Schmerzhaftigkeit ergibt. Zur Behandlung empfehlen sich concentrirtere adstringirende Lösungen, die möglichst ausschliesslich auf die Krankheitsherde zu appliciren sind. Für die Pars anterior bedient man sich dazu am besten des Ultzmann'schen Pinsels und einer Lösung von Arg. nitr. 1 : 30—50. Für die Pars posterior benützt man zweckmässig die Spritze von Ultzmann für wässerige Lösungen, die von Tommasoli für Lanolinsalben; als wässerige Lösungen verwendet Verfasser Arg. nitr. und Cupr. sulfur. in 0·1—0·5—1·0—2·0—10% Lösung. Die Formel für die Lanolinsalbe ist: Creol. 1·0—3·0 oder Arg. nitr. 1·0—3·0 oder Cupr. sulfur. 1·0—5·0, Lanolin. 95·0, Ol. olivar. 5·0. Diese Injectionen werden jeden 2. bis 3. Tag applicirt. 3. Die letzten Formen unterscheiden sich von den eben beschriebenen dadurch, dass die circumscripten Veränderungen tiefer greifen, und zwar Mucosa, Submucosa und in der Pars anterior Theile des Corpus cavernosum, in der Pars posterior die Prostata, das Caput gallinaginis und die prostatischen Drüsen ergreifen. Wegen der speciellen Diagnostik dieser Formen muss auf das Original verwiesen werden. Therapeutisch genügt die oberflächliche, sub 2 geübte Behandlung nicht, es muss auch noch eine Wirkung in die Tiefe ausgeübt, mit Druck und Resorbentien

eingewirkt werden. Der Druck wird erzielt durch Einlegen von Otis-Sonden von hohem Caliber (Nr. 24—30), die jeden 2. bis 3. Tag 5—10—15 Minuten liegen bleiben. Darnach kommen die oben angegebenen concentrirten Lösungen oder Lanolinsalben zur Anwendung. Für diese Fälle noch besonders geeignet sind Kal. jodat. 5·0, Jod. pur. 0·5—2·0, Aq. dest. 100·0 und Kal. jodat. 5·0, Jod. pur. 1·0, Lanolin. 95·0, Ol. olivar. 5·0. Für isolirte Erkrankung der Pars posterior mit Affection des Caput gallinaginis ist auch die Combination von Adstringentien mit Winternitz' Psychrophor sehr zu empfehlen. Das Endoskop hält Finger für Diagnose und Therapie der chronischen Blennorrhöe weder für unentbehrlich, noch für ausreichend. Bruck.

Wiley (39) empfiehlt Irrigation der Harnröhre mit heisser 1—4‰ Sublimatlösung mittelst elastischen Katheters, welche an 2 bis 3 Tagen wiederholt werden soll; der der Ausspülung folgende Schmerz wird mit Injectionen von Cocainlösung bekämpft. Frische Gonorrhöen sollen bei dieser Behandlung abortiv verlaufen.

Jullien (40) empfiehlt zur Abortivcur Injectionen von Argentum nitr. 1·0 : 30 vermittelst der „Langlebert'schen" Spritze. Bei starkem Ausfluss wendet er mit Erfolg Lösungen von Sublimat (0·03 : 150·0), von Hydrarg. salicyl. 0·06 und Natr. bicarb. 1·0 : 150·0, von Resorcin 3·0 : 150 von Creolin 1·5 : 150 und von Pyridin 0·5 : 150 an. Die Injectionen sollen möglichst alle 2 Stunden erfolgen, am passendsten wird die Lösung auf circa 40° erhitzt. Innerlich gibt Jullien Balsamica in solchen Fällen. Lässt der Ausfluss nach, so empfehlen sich folgende 2 Formeln: 1. Bismuth. salicyl. 5·0—10·0, Resorcin 3·0, Jodol 1·0, Vaselin. liquid. 150·0 oder 2. Bismuth. salicyl. 5·0—10·0, Vaselin. liquid. 150·0, Chin. sulf. 1·0, Bismuth. subn. 5·0, Gummi 10·0, Glycerin 30·0, Aq. ros. 120·0. Es genügt die Injectionen 2mal täglich zu machen. Inwiefern dieselben nützen, ist aus der Arbeit nicht ersichtlich.
Galewsky.

Apping (41) macht auf die Nothwendigkeit der Behandlung der Urethritis posterior (mit Medicamenten in flüssiger oder in Pillenform) aufmerksam; zugleich legt er einmal in der Woche eine Steinsonde ein. Zur Einspritzung verwendet er Zinc. sulf., Acid. carbol. pur., Alumin āā 0·2 bis 0·6 auf Aq. 100·0 oder 0·2—0·5% Tannin 0·02—0·05%. Argentum-, 2·5% Thallin. sulf.-Lösung; auch mit den Thallin-Antrophoren war er zufrieden.

Schmitt (42). Während bei der recenten Blennorrhöe die Erscheinungen der Vaginitis und Urethritis vorherrschen, finden wir in den chronischen Fällen vorwiegend die Erscheinungen der Endometritis. Die Therapie besteht bei 1. Vulvitis in Kälteapplication, Touchirungen mit Nitr. argenti (1 : 20), Einlegen von Wattebauschen, die in Sublimat (1 : 1000) Quecksilberbijodür (1 : 4000) getränkt sind. Bei acuter Bartholinitis die gleiche Therapie. Bei Eiterung Incision. Die Follikel werden bei Urethritis externa mit Lapisstift verätzt. 2. Vaginitis. Antiphlogose, 2mal täglich Irrigation mit Hg-Bijodat (1 : 10.000) Glycerin-Tannintampons. 3. Urethritis, leichte Touchirung mit Lapisstift, Instillation von Lapislösung (1 : 50). 4. Metritis, die hartnäckigste Localisation, meist auf Vaginalportion localisirt, Cauterisation mit Lapisstift, Curettement, Aufstreuung von Salol auf Erosionen. Finger.

Fritsch (43) empfiehlt eine aus Celluloid angefertigte, dünne, oben mit einer Olive und hinter dieser mit feinen Oeffnungen versehene Canüle, welche auf eine gewöhnliche Pravaz'sche Spritze passt; man führt dieselbe bei Erkrankungen der weiblichen Harnröhre (Fissuren etc.) ein, bis man fühlt, dass der Knopf sich in der Blase befindet; dann zieht man etwas zurück und spritzt die Lösung aus; diese Application ist weniger schmerzhaft, als die Pinselung mit umwickelten Stäbchen etc. Jadassohn.

In der ersten seiner beiden kurzen Mittheilungen berichtet Neuhaus (44) über 2 Fälle von Blutungen aus der Harnröhre — ohne andere Ursache, als übermässig ausgeübten Coitus. In dem ersten Fall handelte es sich um einen 20jährigen Mann, bei welchem das Blut sich am Ende des Urinirens dem Urin beimengte und demgemäss mindestens höchst wahrscheinlich aus der Urethra posterior stammte; dafür sprach auch die Empfindlichkeit der Prostata. — Im 2. Fall war ein junges Mädchen — ebenfalls ohne Gonorrhöe — an Bluthamen erkrankt; bei dieser Patientin liess sich durch die endoskopische Untersuchung eine Hyperämie des hinteren Theiles der Harnröhre nachweisen. Bei beiden Kranken brachte Ruhe und die innerliche Darreichung von Ergotin rasch Heilung. In seiner 2. Mittheilung empfiehlt Neuhaus das Oleum Santali ostindicum (4—5 Kapseln zu 0·5 pro die) vor Allem zur Bekämpfung des acuten eiterigen Ausfluss und der Beschwerden im ersten Stadium der Gonorrhöe, wenn Einspritzungen aus irgendwelchem Grunde unterbleiben müssen, und ferner zur Unterstützung der Einspritzungen im subacuten Stadium der Gonorrhöe; eine besonders günstige Wirkung aber sah der Verfasser bei der Urethritis posterior bei Cystitis und Prostatitis — bei der eigentlichen chronischen Gonorrhöe sah er keinen Erfolg. — Ueber Gonococcenbefunde wird leider nicht berichtet. Jadassohn.

Matlakowski's (45) Kranker war ein 48jähriger Mann, dessen Gonorrhöe ausser einem sehr profusen Ausfluss keine Abweichungen von der Norm darbot. Trotz beständiger Behandlung mit milden Einspritzungen schwoll der Penis an, wurde hart, ziemlich schmerzhaft; dazu gesellten sich beständige Erectionen und eine dorsale Lymphangitis. Bei der Prüfung durch Dr. Matlakowski, 5 Wochen nach den ersten Symptomen war das Glied des Patienten ganz beträchtlich geschwollen, hart, erigirt, heiss; sehr reichliche Eitersecretion aus dem Orificium; die Urethra eingebettet in eine fluctuirende Schwellung, die sich von der Glans bis ins Scrotum hinten erstreckte. Inguinaldrüsen etwas geschwollen, Urinentleerung frei, Temperatur normal. In Chloroformnarkose, 8 Ctm. lang, Incision an der Unterfläche des Penis längs der Urethra. Entleerung einer grossen Menge Eiters. Die Harnröhre erschien dabei vollständig freiliegend in dem vorher eitererfüllten Cavum, ohne Zusammenhang mit der Haut und den Corpora cavernosa. Die Eiterung hatte sich bis in das Scrotum hinein erstreckt und die Corpora cavernosa penis vollständig dissecirt. Ihre Structur und die des Corpus cavernosum urethrae blieb dabei intact. Die Wunde heilte schnell mit Hinterlassung einer kleinen Urethralfistel. Ledermann.

Pescione (46) beobachtete bei einem an subacuter Urethritis leidenden Manne das Auftreten einer periurethralen Phlegmone, die ihren Sitz am Perineum hatte. Eine Entzündung der Cowper'schen Drüsen war wegen der medianen Lage der Geschwulst auszuschliessen. Durch eine frühzeitige Incision an der Wurzel des Scrotum längs der Raphe wurde innerhalb weniger Tage complete Heilung erzielt. Pescione führt die periurethrale Phlegmone auf das Eindringen der Gonococcen in das periurethrale Bindegewebe zurück, die Mikroorganismen gelangen in die Follikel der Urethralschleimhaut, woselbst sie eine Folliculitis hervorrufen, aus welcher durch ihr Vordringen eine Perifolliculitis und schliesslich eine periurethrale Phlegmone hervorgeht. Dornig.

Pollaczek (47) unterscheidet einen nicht virulenten und einen blennorrhagischen Katarrh des Ganges, eine nicht virulente und eine blennorrhagische Bartholinitis. Er führt 2 Fälle der nicht virulenten Form an, bei denen sich pyogene Organismen, aber keine Gonococcen nachweisen liessen. Finger.

Feleki (48) betrachtet die Bartholinitis nicht als eine specifische Erkrankung, nicht als eine Erkrankung, deren Constatirung allein schon die Thatsache blennorrhagischer Infection involvire. Zum Beweise dessen führt er eine 4 Wochen verheiratete junge Frau an, die an acuter vereiternder Bartholinitis und Blasenkatarrh erkrankte. Der Mann gesund. Weiters eine Frau, Mutter zweier Kinder, die, im 5. Monat gravid, eine acute vereiternde Bartholinitis darbot. Der Eiter derselben erschien für den Mann bei der Cohabitation nicht contagiös. In beiden Fällen im Eiter der Bartholinitis keine Gonococcen nachweisbar. Finger.

(49.) Zwei der „Gazette de Gynécologie", 1. December 1889, entnommene Vorschriften zur Behandlung der Cystitis lauten: 1. Sodium borate 1, Syrup of raspberry 3, Infusion of lactucarium and Infusion of linden flowers āā 8 Theile. 1 Esslöffel 2stündlich. 2. Benzoic acid. 1—2, Glycerin 5, Simple elixir 75 Theile. 1 Esslöffel 2stündlich. Ledermann.

Auvergniot (50) zieht aus seiner Arbeit folgende Schlüsse: 1. Der Tripper ist eine parasitäre und ansteckende Krankheit. 2. Als solche ruft er Gelenkserscheinungen hervor, analog denjenigen, welche alle virulenten Krankheiten compliciren. 3. Diese Erscheinungen haben keineswegs den Charakter des Rheumatismus vulgaris und sind mit diesem nicht zu confundiren. 4. Sie müssen den Namen „Pseudo-rheumatische Gelenksentzündungen" tragen. 5. Sie resultiren aus einer ganz besonderen Intoxication, die sie dem Blennorrhöe-Mikrococcus verdanken. 6. Die Arthritis blennorrhoica findet sich ebensowohl beim Mann wie beim Weibe. 7. Sie ist lange Zeit bei den Frauen verkannt worden, was den Glauben erweckt hat, sie wäre eine Seltenheit beim weiblichen Geschlecht. 8. Sie ist gewöhnlich monoarticulär und localisirt sich besonders an den Handgelenken, mit Bevorzugung des rechten. Ledermann.

Klophel (51) unterscheidet ätiologisch die Urinfieber in solche, die durch das Eindringen von Mikroorganismen in die Circulation entstehen, und in solche, die durch die Absorption bacteritischer Ausscheidungsproducte erzeugt werden. In dem ersten Falle handelt es sich um „Septicämie", in dem zweiten um „Saprämie". Die Arbeit enthält eine sehr werthvolle literarische Uebersicht. Ledermann.

Potter (52) unterscheidet bei den Beckenentzündungen ihrer Aetiologie nach 3 Hauptgruppen: die puerperale, gonorrhoische und traumatische Form. In der Discussion bestreitet Tremaine, dass das Gros der Entzündungen des Cavum peritonei gonorrhoischen oder septischen Ursprungs sei. Er hat Beckenentzündungen bei Mädchen unter 16 Jahren gesehen, die frei von Gonorrhöe gewesen seien, obgleich sie einen sero-purulenten Ausfluss gehabt haben. Potter erwidert darauf, dass dann wohl nicht gehörig nach Gonococcen gesucht worden sei. Eine ordentliche mikroskopische Untersuchung sei aber stets erforderlich. Ledermann.

Nach einer eingehenden Würdigung des anatomischen Baues und der mechanischen Verhältnisse der normalen Urethra betont Stewart (53) die Wichtigkeit der von Otis vertretenen Lehren, dass ätiologisch der Gonorrhöe die Hauptschuld für die Stricturen beizumessen sei, dass andererseits, wo sich bei noch bestehender Gonorrhöe Stricturen gebildet haben, zuerst die Beseitigung der letzteren erfolgen müsse, bevor an eine Heilung des Trippers zu denken sei. Er bespricht dann ausführlich die anatomischen und klinischen Unterschiede enger und weiter Stricturen und macht darauf aufmerksam, dass erstere beseitigt werden müssen wegen der Hindernisse, die sie der Urinentleerung bereiten, letztere, die den Urinstrahl frei passiren

lassen, wegen der nervösen Störungen, die sie im Gefolge haben. Nichtsdestoweniger ist oft eine Ueberdilatation der Urethra geboten, um die Behandlung der entzündeten Harnröhre besser in Angriff nehmen zu können. Nach einer ausführlichen Beschreibung und Empfehlung seines Urethrographs zur genauen Bestimmung der Grösse und des Sitzes von Stricturen, empfiehlt Stewart als beste Behandlungsmethode derselben entweder Dilatation forcée oder Electrolyse. Urethrotomie hält er nur in ganz bestimmten Fällen für erforderlich. Ledermann.

Die Ausführungen Flemming's (54) werden im Wesentlichen bestätigt. Von einer Reihe von Autoren, Miller, Pollak u. A. wird gleichfalls über gute Erfolge des Cocains bei spasmodischen Stricturen berichtet. Das Katheterfieber ist nach Flemming's Ansicht die Folge einer septischen Infection. Ledermann.

Uebersicht über die persönlichen Erfahrungen, die Brewer (55) bei der Ausführung der Urethotomie gemacht hat und die im Wesentlichen denen anderer Autoren entsprechen.

Venerische Helkosen.

1. **Ducrey** August. Experimentelle Untersuchungen über den Ansteckungsstoff des weichen Schankers und über die Bubonen. — Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. IX, Nr. 9.
2. **Burnett.** Induration of Venereal Sores not always an Indication that Constitutional Syphilis will follow. — Journ. of cut. and gen. urin. dis. 1889, 9.
3. **Scott Lang** W. Venereal toxaemia. — The Brit. Med. Journ., 14. December 1889.
4. **Letzel.** Zur Behandlung der Ulcera mollia. — Allg. med. Centr.-Ztg. 1889, Nr. 104.
5. **Lang.** Ueber venerische Lymphadenitis. Sitz. d. Ges. d. Aerzte Wiens, 20. December 1889.
6. **Eichstorff.** Behandlung der Bubonen mittelst Injectionen von Jodoformäther. — Thèse de Paris 1889.
7. **Coulhon.** Affections annales. Histoire d'un chancre mou de l'anus. — Gaz. des hôpit. 1890, Nr. 21.
8. **Leblond.** Treatment of simple chancre with resorcin. — The Brit. Journ. of Derm., April 1890.
9. **Finger.** Das Bismuthum subbenzoicum in der Therapie des weichen Schankers. — Internat. klin. Rundschau 1890, 1.
10. **Mikhalevitch.** Calomel in phagedenic soft chancres. — Novosdi Terapii 1889, Nr. 46. Ref.: The Brit. Journ. of Derm. April 1890.
11. **Morel-Lavallée.** Traitement du chancre simple. — Gaz. des hôpit. 1890, Nr. 24, 25 und 28.
12. **Poutan.** Rapid cure of buboes by the injection of Jodoform Vaseline. — 25. Jänner 1890, The Journ. of the Americ. Med. Associat.

Ducrey (1) theilt mit, dass es ihm gelungen sei, den Mikroorganismus des weichen Schankers auf seinem natürlichen Culturboden, der menschlichen Haut, zu züchten, nachdem Versuche, auf Nährgelatine Reinculturen zu erhalten, missglückt waren. Das Secret zur Impfung entnahm Verfasser 3 typischen, weichen Schankern der Genitalorgane. (Das Verfahren der Impfung und Züchtung mag im Original nachgelesen werden.) Es wurden 3 verschiedene Reihen von Impfpusteln angelegt und bis zur 15. Generation verfolgt. In dem Eiter der drei natürlichen Schanker liessen

sich mit dem Mikroskope sehr verschiedenartige Mikroorganismen entdecken, die auf gewöhnlichen Nährböden zu cultiviren waren, aber nicht constant angetroffen wurden, vielmehr bei den verschiedenen Arten variirten. In den Impfpusteln nahm ihre Zahl allmälig ab, bis von der 5. oder 6. Generation an ein eiteriges Product gewonnen wurde, welches im höchsten Grade virulent war, aber auf Nährböden wirkungslos blieb. Und doch zeigte das so erhaltene Virus constant und ausschliesslich einen besonderen Mikroorganismus unter dem Mikroskope, ein Bacterium von 1·48 μ Länge und 0·50 μ Breite, kurz und gedrungen; an den Enden schön abgerundet; am häufigsten mit seitlicher Einschnürung. Diese Bacterien liegen gewöhnlich in Gruppen von 4, 5, 8 Exemplaren oder auch allein oder zu Paaren. Sie liegen mit Vorliebe in den intercellulären Räumen, aber auch im Protoplasma der Eiterzelle. Am besten färben sie sich mit Fuchsin, Methylviolett und Gentianaviolett; die Methoden von Gram und Kühne waren erfolglos. Impfungen von dem Eiter der Impfschanker auf Thiere blieben resultatlos. — Ausserdem machte Verfasser noch folgende Beobachtungen: 1. die Impfung mit dem Secrete eines weichen Schankers, der bei dem damit behafteten Kranken einen normalen Verlauf genommen hatte, ergab auf dem Arme eines an phagedänischem Schanker auf dem Penis Leidenden einen Schanker, welcher, obgleich er seine ursprüngliche Reinheit bewahrt zeigte, mehr als 5 Monate jeder Behandlungsmethode widerstand, während man mit seinem Product die Impfreihe fortsetzen konnte und stets typische Ulcera mollia von normalem Verlaufe erhielt. Dies ist ein Beweis für die Ansicht, dass der Phagedänismus hervorgerufen wird durch eine Veränderung des Organismus selbst und nicht durch ein besonderes Element, welches sich dem Schanker hinzugesellt. 2. Eine Temperatur von 39—40° von genügend langdauernder Einwirkung ist im Stande, das Schankergift zu zerstören. 3. Bei dem Schankerprocess ist die Bedeutung der pyogenen Elemente ganz und gar null oder vielleicht nur secundär. — Was die Pathologie des Bubo anbetrifft, so kommt Ducrey zu folgenden Schlüssen: 1. Es gibt eine einzige Form von Drüsenentzündung, welche zu dem weichen Schanker in Beziehung steht: die einfache oder entzündliche Form, da die schankröse Form nichts Anderes ist, als das Resultat der zufälligen Ueberimpfung, nachdem die entzündlichen Lymphdrüsen incidirt sind. 2. Der Eiter der Bubonen und Bubonuli enthält keine nachweisbaren Mikroorganismen. 3. Dürfen die Bubonen und Bubonuli demzufolge angesehen werden als das Resultat der Reaction der Gewebe gegen die besonderen Producte, welche der Mikroorganismus des Schankers erzeugt. Sternthal.

Burnett (2) theilt einen Fall mit, in dem ein 10 Tage nach der Infection entstandenes Geschwür im Sulcus coronarius von leicht schmerzhafter Adenitis in der linken Leiste begleitet, aber nicht von Secundärsymptomen gefolgt war. Er ist der Ansicht, dass es sich hier um eine syphilitische Infection handelte, und meint, es könne das Syphilisvirus, aus uns unbekannten Gründen, obwohl es im Primäraffect zur Entwickelung kam, doch im Primärstadium zerstört oder seiner Activität beraubt worden sein, und kommt so zum Schluss, die Induration eines Geschwüres, obwohl sie aus specifischer Ursache herstamme, sei nicht immer ein Zeichen, dass constitutionelle Syphilis nachfolgen müsse. Finger.

Ein Patient mit Phimose als Folge zweier unter der Vorhaut liegender phagedänischer Geschwüre bekommt unter Fiebererscheinungen Gelenkschwellungen, die Lang (3) durch Resorption von pyämischen subpräputialen Substanzen hervorgerufen glaubt. Dem ganzen Symptomencomplex gibt er den Namen: venereal toxaemia. Ledermann.

Letzel (4) empfiehlt zur Behandlung der Ulcera mollia 3—5malige (an auf einander folgenden Tagen) Pinselungen der Geschwürsfläche mit reinem Liquor ferri sesquichlorati und nachherige Aufstreuung von Calomelpulver. Die Bepinselung selbst ist für einige Minuten schmerzhaft, die entzündliche Reaction nur sehr mässig; die Umwandlung in reine Granulationsflächen geht in wenigen Tagen vor sich, und es folgt dann schnelle Ueberhäutung. Die Methode, welche Letzel in 16 Fällen mit stets gleichem Erfolge durchgeführt hat, ist zuerst von Winckel für Puerperalgeschwüre angegeben worden. Jadassohn.

Lang (5) macht im Anschluss an die Demonstration zweier Patienten Mittheilung von seiner Art der Behandlung suppurirender Adenitis und Periadenitis. Nachdem durch ausgiebige Incision der Eiter entleert, Drüsenreste stumpf oder mit scharfem Löffel entfernt, Stränge und Gewebsreste mit der Hohlscheere abgetragen sind, wird die Wunde mit 5%iger Carbollösung ausgegossen, die in alle Nischen und Buchten eingepinselt wird, 1—2 Drains, die in die Mitte der Incisionsöffnung geleitet werden, eingelegt, dann vernäht. Ueblicher Verband. Nach einer Woche Verbandwechsel, Entfernung der Drains und Nähte, wenn, wie häufig in toto prima intentio eingetreten. Weichen aber auch die Nähte auseinander, so tragen sie doch zur Verkleinerung der Wunde wesentlich bei. Finger.

Eichstorff (6) empfiehlt zur Behandlung noch nicht eröffneter Adenitiden folgendes Verfahren: 1. Bei suppurirender Adenitis: Aspiration des Eiters, Injection mehrerer Spritzen Jodoformäthers, Druckverband. Nach drei Tagen Abnahme desselben, worauf meist wesentliche Besserung zu constatiren. Hat sich Eiter angesammelt, Wiederholung derselben Procedur. 2. Bei nicht suppurirender inflammatorischer Adenitis: Injection mehrerer Spritzen Jodoformäther direct in die geschwellte Drüse mittelst Einstich mit Pravaz'scher Spritze. Finger.

Coulhon (7) beschreibt nach einer kurzen Einleitung und einer kritischen Uebersicht aller etwa in Betracht kommenden Erkrankungen der Analgegend einen Fall von Ulcera mollia am Orificium ani. Die Ulcerationen (3 an der Zahl) befanden sich auf der Schleimhaut und sonderten ein sehr reichliches eiteriges Secret ab; jede Berührung, die Defäcation etc. war mit heftigen Schmerzen verbunden. Da luetische Symptome vollständig fehlten wendete Verfasser die Jodoformtherapie an, unter welcher die Ulcerationen, prompt abheilten. Galewsky.

Leblond (8) bestreut das Geschwür jeden Tag mit Resorcinpulver und reinigt es jeden Morgen so lange, bis der Geschwürsgrund eine grauliche Farbe zeigt. In 5 oder 6 Tagen zeigt der Grund ein röthliches Aussehen und die Granulationsbildung beginnt. Alsdann wendet er Umschläge mit 5% Resorcinlösung an. Die Dauer der Heilung soll in circa 14 Tagen vollendet sein, selten entstehen Bubonen. Tritt jedoch eine Vereiterung der Lymphdrüsen auf, so empfiehlt er Incision, Auswaschen mit 5% Resorcinlösung und Verband mit Resorcinpulver. Galewsky.

Finger (9) hat das Bismuthum subbenzoicum, ein geruchloses, weisses Pulver, in Form von Inspersionen, die zweimal täglich vorgenommen werden, in 16 Fällen von weichem Schanker angewendet. Die Application blieb mit Ausnahme eines leichten Brennens reactionslos. In 12 Fällen erfolgte in 3—4 Tagen, in den übrigen 4 Fällen in 6—8 Tagen völlige Reinigung des Schankers und Ueberführung in ein reines Geschwür. Finger empfiehlt das Mittel daher zu weiteren Versuchen.

Mikhalevitch (10) empfiehlt die Anwendung von Calomelpulver bei phagedänischen weichen Schankern. Er sah namentlich in solchen Fällen, in welchen er lange Zeit vergeblich Jodoform angewendet hatte, in Folge Aufstreuens von Calomel jedesmal in circa 4 Tage Heilung eintreten. Aehnliche Ergebnisse wurden jüngst von Dr. Gallway in der Deutschen Med. Zeitschr. 1884, Nr. 41 veröffentlicht. Galewsky.

Morel-Lavallée (11) bespricht ausführlich die Behandlungsmethoden des Ulcus molle, die Excision, Cauterisation, die medicamentöse Behandlung (mit Jodoform, Nitras argenti, Acidum pyrogallicum, Acidum salicylicum tartrate ferricopotassique) mit besonderer Berücksichtigung der Prädilectionsstellen und der Complicationen des Ulcus molle (Lymphangitis, Bubo und schankröser Bubo), ohne etwas wesentlich Neues zu bringen. Galewsky.

Poutan (12) empfiehlt zur Behandlung von Bubonen folgende Methode: Zuerst antiseptische Reinigung der betreffenden Hautpartie mit Solutio van Swieten, dann Punctur im Centrum der Geschwulst mit einer Lanzette bei dünner Haut, mit einem Bistouri bei tiefsitzendem Eiter; Entleerung des Eiter. Injection von flüssiger Jodoform enthaltender Vaseline; Verband mit Sublimatwatte. In 6—7 Tagen Heilung. Ledermann.

Syphilis. Allgemeiner Theil.

1. **Post** Abner. Some considerations concerning syphilis and marriage. — Boston Med. and Surg. Journ., 19. December 1889, Boston Society for Med. Observation, 7. October 1889.
2. Vaccination and Syphilis. — The Brit. Med. Journ., 4. Jänner 1890.
3. **Kalaschnikow.** Die Wärme und die Syphilis. — Sitzungsberichte der balneologischen Gesellschaft zu Piatigorsk, 1889, 40 (russisch).
4. **Lancereaux.** Transmission de la syphilis par des instruments malpropres. — Progrès méd. 1889, Nr. 46.
5. **Polethajew.** Eine durch Schröpfköpfe hervorgerufene Syphilis-Epidemie. — Wratsch 1889, 40 (russisch).
6. **Hervieux.** Vaccine ulcéreuse (épidémie de la Motte-aux-Bois). — La semaine méd. 1889, Nr. 50.
7. **Cutter** Ephraim. The positive diagnosis of syphilis, with some interesting medico-legal testimony (was read by his son J. A. Cutter). — The Journ. of the Americ. Med. Associat., 23. November 1889.
8. **Sidney** Philipps, London. A case of syphilitic fever ressembling tertian ague. — The Brit. Med. Journ., 30. November 1889, pag. 1217 f.
9. **v. Esmarch** Fr. Ueber die Aetiologie und die Diagnose der bösartigen Geschwülste, insbesondere derjenigen der Zunge und der Lippen. — Arch. f. klin. Chir., 39. Bd. 2. Heft.
10. **Karewski** F. Ueber chirurgisch wichtige Syphilome und deren Differentialdiagnose. — Berliner Klinik, Heft 18.
11. **Legroux.** Krankenvorstellung. — Réun. hebdom. clin. des méd. de l'hôpit. St. Louis, 6. Juni 1889. Ann. de derm. et de syph. 1889. 10.
12. **Griwzow.** Zur Casuistik des abortiven Verlaufs der Syphilis. — Med. Beilage zum Marine-Journal 1889. 12, pag. 396—397 (russisch).
13. **Fournier.** Une conference sur la Syphilis en 1830. — Ricord. — Union méd. 1889, Nr. 139—144.
14. **Ashmead** Albert S. Syphilis in Japan. — Journ. of cut. and gen.-urin. dis. March 1890, vol. VIII, S. 112.
15. **Fournier.** Syphilis et mariage. — France méd. 1890, Nr. 14.

16. De Luca. Le variazioni della emoglobina nella sifilide recente. — Catania 1889. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle, 1889. Nr. 4.
17. Spanton. Epithelioma on site of specific ulcer. — The Brit. Med. Journ., 15. März 1890. (Brit. gyn. society, 26. Februar 1890.)

Post Abner (1) präcisirt seine Ansicht über Syphilis und Ehe dahin: Bevor ein Syphilitiker heiraten darf, muss er die Periode überstanden haben, die man gemeinhin Secundärperiode nennt, muss er ferner eine ganz bestimmte Zeit von Symptomen frei gewesen sein und eine ausreichende Behandlung genossen haben. In den mildesten Fällen genügt es, zwei Jahre zu warten. Der Mann hat in dieser Zeit die directe Infectionsfähigkeit seiner Frau gegenüber eingebüsst; aber gerade in solchen Fällen hält es Verfasser für nothwendig, die Conception zu vermeiden. In schwereren Fällen muss eine längere Zeit verstreichen. Die Schwersterkrankten sollten überhaupt nicht heiraten. Selbstverständlich muss immer eine genügende Behandlung vorausgegangen sein. In jedem Falle muss der Arzt mit der Prognose vorsichtig sein. Will eine syphilitische Frau einen nicht syphilitischen Mann heiraten, so soll der Arzt noch vorsichtiger sein. Nach Reyé's Ansicht, sollen mindestens 5 Jahre seit der Infection verstrichen sein, da Frauen sich meist nicht so sorgfältig behandeln lassen. Sind Mann und Frau, die sich zu heiraten wünschen, krank, so erlaube man die Ehe, warne sie aber vor der Conception und erlaube diese nicht früher, bis 5 Jahre seit der Infection — die beiden letzten Jahre symptomenfrei — verflossen sind, und lasse dann noch eine besondere Mercurialcur der Conception vorausgehen. Schwieriger und kaum zu entscheiden liegt die Frage, wie sich ein in der Ehe inficirter Mann oder eine solche Frau dem andern Gemahl gegenüber zu verhalten hat. In solchen Fällen gilt als oberster Wahlspruch, dass, solange überhaupt manifeste Symptome bestehen, von einem Sexualverkehr keine Rede sein darf; ob in der symptomenfreien Zeit, darüber drückt sich Verfasser sehr reservirt aus. In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion erzählt Francis Minot folgenden Fall: Im Jahre 1867 kam ein jung verheirateter Mann, früherer Officier im Bürgerkriege, zu ihm mit einer leichten impetiginösen Abschilferung an der linken Oberlippe. Eine gleiche Affection bestand am Präputium. Er hatte während seiner Militärzeit Lues acquirirt, war behandelt worden, längere Zeit frei von Symptomen, hielt sich für geheilt und heiratete. Kurz nach der Verheiratung zeigte sich bei der Frau eine gleiche Affection an der Oberlippe, der Plaques muqueuses im Munde, Alopecie und nasale Stimmumwandlung sich anschlossen. Als Redner die längere Zeit falsch behandelte Frau in Behandlung nahm, war sie schwanger. Die Erscheinungen schwanden unter Mercur-Inunctionen und Jodkali bei Mann und Frau. Das Kind kam gesund zur Welt und ist es auch geblieben, ebenso wie eine zweite, 3 Jahre später geborene Tochter. Eine von Vickety gestellte Anfrage, ob man eine syphilitische, gravide Frau behandeln soll, bejaht Post. Ob man aber allein bei Lues des Mannes auch die gravide Frau behandeln soll, vermag Post nicht so allgemein zu beantworten, wenngleich er eine milde Mercurialcur in jedem Fall für rathsam hält. Ledermann.

(2) Eine gerichtliche Untersuchung wurde kürzlich in Birmingham angestellt über ein Kind, das von dem gerichtlichen Vaccinator Dr. Robinson geimpft war und 2 Monate später starb. Es wurde angeführt, dass das Kind vor der Impfung stets gesund gewesen war, nachher aber immer gekränkelt habe, dass die Impfstellen nicht geheilt waren, und dass Syphilis mit der Lymphe eingeimpft wäre. Dr. Tovey, der das Kind nach der Impfung gesehen hatte, fand, dass es unzweckmässig ernährt worden sei,

und regelte die Diät. 2 oder 3 Tage später stellte er die Diagnose auf Syphilis. Zufälligerweise vermochte Dr. Robinson nachzuweisen, dass der Stammimpfling gesund gewesen sei und dass 4 andere Kinder, die von demselben gleichzeitig abgeimpft waren, sich wohlbefanden. Er verwarf die Diagnose „Lues“. Ebenso sprach sich Dr. Carter gegen die Annahme von Lues aus. Die Jury fällte ihr Urtheil auf „Tod in Folge von Erschöpfung durch unzweckmässige Ernährung“ und betonte, dass nicht der leiseste Verdacht für die Annahme der vaccinalen Syphilis vorhanden sei.

Ledermann.

In einer Sitzung der Académie de médecine berichtet Lancereaux (4) über 2 Fälle der Syphilisübertragung durch unreine Instrumente. Bei dem einen der Fälle wurde die Infection vermittelt durch Einführung eines Tuben-Katheters, bei dem anderen gelegentlich einer Zahnoperation. Lancereaux schliesst an die Mittheilung die dringende Ermahnung an Laryngoskopiker, auf die Sauberkeit ihrer Instrumente zu achten, eine Ermahnung, die auch Zahnärzten und Barbieren zu Theil werden sollte. Stein (Görlitz).

Hervieux (6) berichtete in der Académie de médecine über den weiteren Verlauf der bereits referirten Endemie von schankerähnlichen Geschwüren nach der Vaccination. Bei allen erkrankten Impfungen sind dieselben vollständig und ohne eine Induration zu hinterlassen geheilt, die regionären Drüsenanschwellungen sind verschwunden, in keinem Falle sind Allgemein-Erscheinungen von Syphilis aufgetreten. Es hat sich also nicht um eine durch Impfung übertragene Endemie von Lues gehandelt, wie man zunächst gefürchtet hatte. 5 der Patienten haben nachträglich impetiginöse Efflorescenzen am Körper aufgewiesen, wie sie sie früher nie gehabt haben sollen. Vidal glaubte in Folge dessen an die Uebertragung eines besonderen ekthymatösen oder impetiginösen Infectionsstoffes, trotzdem Inoculationen erfolglos waren. Eine bestimmte Erklärung über die Natur dieser Erkrankung kann nicht gegeben werden. Jadassohn.

Cutter jun. (7) berichtet im Auftrage seines Vaters, dass eine exacte Diagnose der Syphilis durch das Auffinden der „Crypta syphilitica filaments“, kleiner, kupferfarbener, in lebhafter Bewegung befindlicher Sporen, im Blute mit Leichtigkeit gestellt werden kann und hält dieselben bei der Diagnose „Syphilis“ absolut für pathognomonisch. Seiler hält diese Sporen für zerbrochene Blutkörperchen ohne Eigenbewegung. Fleischner misst den Beobachtungen Cutter's praktischen diagnostischen Werth zu. Mathewson berichtet, dass diese Sporen sowohl bei syphilitischen, als auch gesunden Individuen im Blute gefunden worden sind. Root hat sich in mehreren Fällen von der Richtigkeit der Cutter'schen Beobachtungen überzeugt; während Brusch dieselben nicht als beweiskräftig anerkennt. Ledermann.

Sidney (8). Ein präciser Bericht über einen in St. Marys Hospital in London genau beobachteten Fall von syphilitischem Fieber, das unter dem Bilde einer tertiären Malaria auftrat, nach 8 monatlicher Dauer einer antisyphilitischen Behandlung prompt wich, während es durch Malariamittel unbeeinflusst blieb. Interessant ist der ganz regelmässige tertiane Typus, während das syphilitische intermittirende Fieber sonst den quotidianen Typus einhält; weiter der lange Zeitraum nach der Infection bis zum Eintritt des Fiebers, nämlich 9 Jahre; schliesslich das auffällige Wiederaufleben der Syphilis auch nach anderer Richtung hin kurz vor dem Eintritte des Fiebers. Nach der Infection hatte Patientin 2 Aborte, dann 4 gesunde Kinder, kurze Zeit vor dem Einsetzen des Fiebers wieder einen Abortus. — Während der Dauer des Fiebers traten einzelne Schübe von Erythema nodosum an den Vorderarmen auf, keinerlei Syphilide der Haut oder Schleimhäute. — Eine intercranielle Tumorbildung war klinisch nicht nachweisbar. Arning.

Mit nicht genug zu rühmender Offenheit bespricht v. Esmarch (9) in seinem zunächst auf dem Chirurgencongresse gehaltenen Vortrag die vielfachen Irrthümer, welchen auch der erfahrenste Chirurg bei der Differentialdiagnose zwischen malignen Tumoren und ganz besonders den luetischen Geschwülsten und Geschwüren ausgesetzt ist und betont die folgenschwere Bedeutung, welche solche Irrthümer — oft die Ursache eingreifendster Operationen — für den Patienten haben, zumal gerade beim Syphilom auch die vollkommenste Exstirpation häufig sehr schnell von Recidiven gefolgt ist. Er räth darum dringend, vor der Operation die mikroskopische Diagnose mittelst der „Akidopeirastik" oder des Probeschnitts zu stellen und wenn sich nichts Carcinomatöses findet. immer wieder und wieder zu untersuchen und zugleich mit Jod und Quecksilber energisch vorzugehen, auch nicht mit einem Mittel oder wenigen Tagen antisyphilitischer Behandlung sich zu begnügen, sondern eventuell wochenlang damit fortzufahren; denn häufig stellen sich die Erfolge erst allmälig und spät ein — häufig auch versagt die Wirksamkeit von Jodkali, und Hg oder Arsen oder Holztränke bewirken die Heilung. Findet sich aber mikroskopisch Granulationsgewebe, Rund- oder Spindelzellen, so ist die antisyphilitische Behandlung doppelt streng geboten; denn nach des Verfassers Meinung ist eine grosse Zahl von Sarkomen thatsächlich luetischer Natur, besonders die Muskelsarkome hält er — vielleicht in allen Fällen! — für Syphilome und ebenso die malignen Neurome und viele sogenannte recidivirende Sarkome und Fibrosarkome. Auf die Operation solcher Tumoren folgen sehr bald Recidive, Drüsenschwellungen und allgemeiner „Marasmus", so dass die Symptome gerade durch die Operation häufig die Charaktere der „Bösartigkeit" annehmen. Ja v. Esmarch geht auf Grund seiner Beobachtungen so weit, die Hypothese aufzustellen, dass „in vielen Fällen die Entstehung von Geschwülsten, namentlich von Sarkomen, zusammenhänge mit einer von syphilitischen Vorfahren herrührenden Prädisposition", welche er mit der Neigung der Lues Wucherungen im Bindegewebe anzuregen und mit der bekannten Thatsache, dass sich Geschwulstbildungen nicht blos von den Eltern, sondern auch von den Grosseltern her vererben können, in Zusammenhang bringt. Eine ähnliche Hypothese für die Carcinome stellt Verfasser noch nicht auf, weist aber darauf hin, dass die Lues auch zu Wucherungen der Epidermisgebilde vielfach Anlass gebe, dass auch Carcinome häufig vererbt werden, und dass er in manchen Familien, in denen Xeroderma pigmentosum vorkommt, in der Ascendenz Lues oder Geschwülste fand. Wenn man dem Verfasser auch auf dieses Gebiet weder anatomisch noch klinisch genügend gestützter Hypothesen nicht wird folgen können, so muss man ihm doch dankbar sein, dass er gerade vor Chirurgen die Häufigkeit von Verwechslungen luetischer und wirklicher Neubildungen betont hat, welche jedem Syphilidologen zur Genüge bekannt ist. Jadassohn.

Dasselbe Thema, wie v. Esmarch, behandelt in mehr systematischer Weise Karewski (10); auch er betont die Schwierigkeit der klinischen, wie auch der mikroskopischen Differentialdiagnose zwischen Gummen und eigentlichen Neoplasmen, und weist darauf hin, dass häufig der makroskopische Anblick der Schnittfläche — das bunte Bild grösserer Gummigeschwülste mit ihren zahlreichen fast flüssigen, speckigweissen, strahligen und trockenen, verkästen Partien — charakteristischer sei, als die mikroskopische Structur. Er geht im Einzelnen die Syphilome der Skeletmuskeln, der Zunge, des Hodens und der Mamma durch und erörtert für jeden einzelnen Fall an der Hand des klinischen Bildes zugleich die Differentialdiagnose — hie und da Einzelnes aus seiner eigenen Erfahrung einstreuend. Wesentlich Neues ist in dieser Darstellung nicht enthalten. Jadassohn.

Legroux (11) stellt mehrere Fälle von Syphilis vor. 1. 13jähriges Mädchen von einem 15jährigen Knaben durch Coitus inficirt mit Lichen syphiliticus, der nur durch Concomitantia: Plaques an den Mundlippen, Drüsenschwellung, von Lichen scrophulosorum zu differenziren ist. 2. 11jähriger Knabe mit Plaques am Anus, inficirt durch Coitus mit einem 8jährigen syphilitischen Mädchen. Zeigt nebenbei zahlreiche congenitale Amputationen an beiden oberen und unteren Extremitäten. 3. 7jähriges Kind mit typischen säbelförmig gekrümmten, verdickten Tibien und anderen Zeichen congenitaler Lues. Finger.

Griwzow (12) theilt einen Fall von primärer syphilitischer Sklerose an dem Präputium, nach welchem keine allgemeinen Symptome der Lues folgten, mit. Szadek.

Eine Art Nekrolog auf Ricord. Fournier (13) stellt zunächst den Stand der Syphilislehre im Jahre 1830 dar, um von da jene Errungenschaften zu besprechen, die Ricord's unsterbliches Verdienst sind.
Finger.

Ashmead (14) schreibt an den Herausgeber des Journ. of cut. and gen.-urin. dis. mit Bezugnahme auf ein im Februar d. J. in diesem Blatte erschienenes Referat, betitelt „A Contribution to the history of Syphilis" (Dr. B. Scheube, Virchow's Archiv), dass er im Irrthum sei, die alte japanische Medicinalliteratur als ein kurzes Excerpt und Plagiat der chinesischen aufzufassen. Ausser der von den Chinesen überkommenen medicinischen Wissenschaft gab es ein von den Ainos, den Ureinwohnern Japans, abstammendes besonderes System. Später wurden die japanischen medicinischen Kenntnisse von einwandernden Portugiesen und Holländern im 14. und 15. Jahrhundert vermehrt. Zur Zeit ist von dem chinesischen Einfluss auf die praktische Ausübung der Heilkunde sehr wenig in Japan zu merken, da sich auch deutsche, französische und englische Einwirkungen bemerkbar gemacht haben. Die Kenntniss von der Anwendung des Quecksilbers bei der Behandlung der Syphilis haben die Japaner von den Chinesen erhalten, die sie ihrerseits von Holland und Portugal her empfangen haben. Die Syphilis ist in Japan in jeder Beziehung, ätiologisch und symptomatisch, so gut bekannt wie bei uns. Syphilis und Lepra werden in Japan heute sanitätspolizeilich überwacht, da die Prostitution staatlich genehmigt ist. Geeignete Specialhospitäler sind vorhanden. Ledermann.

Fournier (15) präcisirt in diesem Artikel in kurzer und exacter Weise seinen aus seinem gleichnamigen Werke allbekannten Standpunkt. Der Artikel enthält nichts Neues.

De Luca's (16) Untersuchungen, welche die Veränderungen, die das Hämoglobin bei recenter Syphilis erleidet, zum Gegenstande haben, umfassen 30 Fälle (15 Männer, 15 Weiber). Dieselben ergaben für die Männer einen mittleren Hämoglobingehalt von 99·26, für die Weiber einen solchen von 94·46, mithin einen dem Normalen nahezu gleichkommenden Hämoglobinindex, wobei bemerkt werden muss, dass die Untersuchungen sowohl vor, als auch während einer Mercurialcur angestellt wurden. Indem De Luca seine Resultate mit den Untersuchungsergebnissen Wilbouchewitsch' zusammenstellt, welcher bei Syphilitischen eine Verminderung der rothen Blutkörperchen um mehr als eine halbe Million auf einen Cubik-Millimeter fand, constatirt er, dass bei recenter Syphilis der Färbungscoëfficient trotz der Verminderung der rothen Blutkörperchen unverändert bleibt und dass die Wirkung des Quecksilbers keinen merklichen Einfluss auf den Färbungscoëfficienten des Blutes hat. Daraus folgert er, dass, da trotz der Abnahme der rothen Blutkörperchen der hämometrische Index sich dem normalen

gleich erhält, eine Zerstörung des Stroma der rothen Blutkörperchen bei Erhaltung ihres Hämoglobins im Blutplasma angenommen werden müsse. Hämoglobinurie fand De Luca in den von ihm untersuchten Fällen nie. Die Bezeichnung der die luetische Infection begleitenden Blutarmuth mit dem Namen Chlorose oder Chloranämie findet er zum Mindesten sehr ungenau, da die Menge des Hämoglobins bei der Syphilis nicht vermindert sei, während sie nach Barbacci bei der wahren Chlorose und Chloranämie stets um mehr als ein Viertel geringer ist, als im Normalzustande.

Dornig.

Spanton (17) berichtet über eine 33jährige Frau, die sich ihm zuerst im Juni 1889 mit einem Geschwür an der vorderen Lippe des Uterus vorstellte. Da sie unzweifelhaft specifische Halssymptome hatte, so wurde das Ulcus für syphilitisch gehalten und dementsprechend behandelt. Es heilte in ein bis zwei Wochen; nach zwei Monaten erschien an der Stelle dieses Geschwüres ein anderes, allem Anscheine nach malignes. Es wurde exstirpirt; die mikroskopische Untersuchung ergab die charakteristischen Nester des Epithelioms.

Ledermann.

Syphilis. Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

1. **Poray-Koschitz.** Die Topographie des syphilitischen Primäraffectes. — Wiestnik sudiebnoy mediciny y hygyeny. 9. October 1889 (russisch).
2. **Bourges.** Phagedänische Sklerose des Penis. Réun. hebdom. des méd. de l'hôpit. St. Louis, 6. Juni 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 10.
3. **Fournier.** Syphilitischer Schanker der Unterlippe, vereiternde submaxillare Adenitis. Réun. hebdom. des méd. de l'hôpit. St. Louis. 6. Juni 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 10.
4. **Tenneson.** Zwei syphilitische Schanker der Wange. Réun. clin. hebdom. des méd. de l'hôpit. St. Louis, 23. Mai 1889. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 10.
5. **Monin.** Contribution à l'étude de la trace indélébile du chancre syphilitique. — Thèse inaug. de Lille 1889.
6. **Puche** Célestin. Contribution à l'étude des accidents post mortem du chancre infectant. — Thèse de Lille 1890.
7. **Petit.** Hypertrophisches Syphilid der Vulva. — Nouv. arch. d'obstetr. 1889, Januar.
8. **Mackenzie** Stephen. Remarks on various diseases of the skin. — The Brit. Med. Journ., 4. Jänner 1890.
9. **Lydston,** Frank G. Apparent cancerous transformation of syphiloma of the tongue. Excision of the tongue by the galvano-cauters. — The Med. Record. New-York, vol. 36, Nr. 17.
10. **Parkes.** Specific ulcer of tongue. — Med. News, 7. Dec. 1889, Nr. 882.
11. **Molfese.** La sifilide delle ossa in rapporto specialmente con le fratture spontanee. — Progresso med. 1889, Nr. 18—20.
12. **Biggs.** Syphilitic disease of the skull. — New-York Pathological Society, 25. October 1889. The Med. Record, 25. Jänner 1870.
13. **Fournier** C. Subacuter Gelenksrheumatismus im Verlauf der secundären Periode der Syphilis. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 10.
14. **Marlow** F. W. Primary chancre of the Conjunctiva. — New-York Med. Journ., 1. März 1890.
15. **Barling** M. Syphilitic chancre of Lip. — Birmingham and Midland counties branch of Brit. Med. Associat., 13. Februar 1890. The Brit. Med. Journ., 22. Februar 1890.

16. **Lindström.** Sechs Fälle von extragenitaler syphilitischer Infection. — Milit.-ärztl. Zeitschr. 1889, 10 (russisch).
17. **Neumann.** Ueber extragenitale Sklerosen. — Sitzung der Ges. d. Aerzte vom 17. Jänner 1890.
18. **Puech.** Deux Cas de chancre induré à longue incubation. — Montpellier méd. 1889, November.
19. **Koulneff.** Étude sur la prétendue lymphangite consécutive à l'induration syphilitique primitive. — Brochure, Paris 1889.
20. **Taylor** Robert W. Indurating Oedema. Papular and ulcerating syphilides. Lupus erythematosus. Tinea tonsurans. — Abstract of a clinic. lecture. Med. News, 12. April 1890.
21. **Neumann.** Ueber die syphilitische Erkrankung der Brustdrüse. — Allg. Wiener med. Ztg. 1889, 51.
22. **Andry.** Syphilide pigmentaire généralisée. — Ann. de derm. et de syph. 1890, 2.
23. **Calvert.** Demonstration eines Falles von schwerer Syphilis. — Brighton and Sussex Medico-chirurg. Society. The Brit. Med. Journ., 25. März 1890, S. 723.
24. **Fox.** A case of erythema multiforme ressembling syphilis. — New-York Derm. Society, 16th. regular meeting. Journ. of cut. and gen.-urin. dis., vol. VIII, April 1890.
25. **Weiss.** Extensive superficial contraction of the skin. — West-London Medico-chirurg. Society. The Brit. Med. Journ., 22. März 1890.
26. **Taylor** Robert W. Syphilis. Scabies. Eczema. — Abstract of a clinic. lecture, delivered at the New-York post-graduate school, Med. News, 1. März 1890.
27. **Neumann.** Ueber Coincidenz der Psoriasis vulgaris mit Syphilis der Haut. — Wiener med. Presse 1890, 7.
28. **Giovannini.** Delle alterazioni anatomo-patologiche di una forma di alopecia sifilitica. — Bologna, Regia Tipografia, 1888. Ref.: Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, Nr. 4.
29. **Conte Eduardo.** Contribuzione per la diagnosi dei tumori da infiltrazione gommosa. — Progresso med. 1889, Nr. 23.
30. **Hallopeau.** Syphilis mutilante de la face avec bifidité du lobule nasale. Réun. clin. hebd. de l'hôpit. St.-Louis, 13. Juni 1889.
31. **White.** Case of syphilitic growth on the dorsum of the tongue. — Sheffield Medico-chirurg. Society, 27. März 1890, The Brit. Med. Journ., 5. April 1890.
32. **Massei.** Sifilide laringea. — Giorn. internaz. delle scienze med. 1889, Nr. 9.
33. **Taberlet.** Deux observations de bronchites syphilitiques chez des adultes. Gaz. hebd. 1889, Nr. 30.
34. **Luca** R. de. Le sifilidi sprecoci del collo dell' utero. — La Sicilia med. 1889, Nr. 1.
35. **Bouvier.** Essai sur la chondrite et la périchondrite dans la syphilis secondaire. — Thèse de Paris 1889.
36. **Robinson** A. H. Syphilitic ostitis. — Lancet 1. März 1890.
37. **Densu.** Tumeur syphilitique des muscles de la partie supérieure et externe du mollet. Guérison par le traitement spécifique. — Gaz. méd. de Paris 1890, Nr. 11.

Bourges (2) demonstrirt einen phagedänischen indurirten Schanker des Sulcus coronarius, mässige multiple indolente Adenitis in beiden Leisten, mit hohem Fieber und beginnender Eruption eines papulösen Exanthems. Fournier macht auf die von ihm mehrmals constatirte auffällige Beob-

achtung aufmerksam, dass phagedänische Sklerosen stets von sehr geringer Drüsenschwellung gefolgt sind. Finger.

Fournier (3) stellt ein 29 Jahre altes Mädchen vor, das einen typischen indurirten Schanker der Unterlippe, papulöses Syphilid und eine Anschwellung der submentalen Lymphdrüse darbietet. Letztere, im Beginn schmerzlos, derb, erweichte und entleerte bei Incision reichlich Eiter. Diese bei indolenter Adenitis seltene Vereiterung führt Fournier auf secundäre von der Mundhöhle ausgehende Infection zurück. Finger.

Tenneson (4) stellt den seltenen Fall vor, dass ein Mädchen durch einen Kuss zwei nebeneinander stehende Sklerosen an der Wange acquirirte. Fournier bemerkt hierzu, dass seiner Ansicht nach das Syphilisvirus nicht nur durch Erosionen, sondern auch durch die gesunde Haut einzudringen vermöge. Finger.

Monin (5) bespricht zuerst kurz die sich streng gegenüber stehenden Ansichten der Lyoner und Liller Schule einerseits und der Pariser Schule Fournier's andererseits; als Schüler Leloir's steht auch er auf dem Standpunkte, dass jeder Primäraffect eine Narbe oder wenigstens ein sichtbares Merkmal hinterlasse und dass sich dieses bei mindestens der Hälfte aller Luetischen später nachweisen lässt. Ihm selbst gelang es bei 513 Männern in 150 Fällen die Narbe des indurirten Schankers aufzufinden (in 223, unter diesen 513 Fällen war eine genaue Beobachtung wegen vorzeitiger Entlassung der Patienten etc. nicht möglich), bei 409 Weibern konnte er hingegen nur in 8 Fällen Narben constatiren. Nach einer kurzen Besprechung der Lieblingssitze des Schankers und seiner Narben, der Entstehung derselben, führt Verfasser namentlich die diagnostische Wichtigkeit der Narbe vor Augen, bei nicht beobachteter Syphilis, ferner in gerichtlicher Hinsicht, sei es um die Identität festzustellen, sei es, um eine geleugnete Syphilis nachzuweisen. Galewsky.

In der Arbeit Puche's (6) handelt es sich darum, die von Leloir sogenannten post mortem-Erscheinungen an der Stelle oder in der unmittelbaren Umgebung des syphilitischen Primäraffectes an einer grossen Reihe von Beispielen näher zu erläutern. Er theilt dieselben ein in Papeln oder Plaques muqueuses und in das schankerartige Syphilom einerseits als diejenigen Affectionen, welche entweder noch während der Vernarbung oder doch unmittelbar nach derselben eintreten, und andererseits in die sich in der Secundär- oder Tertiärperiode mit Vorliebe an der Stelle oder häufiger in der Umgebung der Primäraffecte localisirenden Syphilide, also Papeln und Gummata. Dieses Vorkommen ist nach Leloir durch ein locales Wiedererwachen des syphilitischen Keimes am Orte seiner Einimpfung zu erklären, dem man am besten durch eine locale Behandlung des Primäraffectes begegnet. Bruck.

Petit (7) berichtet über einen seit 5 Jahren bestehenden Tumor um die Urethra und am vorderen Theile der Vulva, bei dem die Diagnose zwischen Lues und Tuberculose schwankte; die 29jährige Patientin gab zu, syphilitisch gewesen zu sein; die Untersuchung auf Tuberkelbacillen an dem operirten Tumor ergab ein negatives Resultat.

Im Verlaufe einer grösseren Krankendemonstration in dem „East London and South Essex District of the metropolitan counties branch" stellte Mackenzie (8) eine Kranke vor, bei der es schwierig war, zu sagen, ob es sich um Syphilis oder Lupus handele. Die Patientin war 44 Jahre alt, unverheiratet. Die Krankheit begann im Alter von 8 Jahren und persistirte bis jetzt. Zuerst konnte man sie für eine syphilitische Ulceration halten.

Lippen und Gesicht waren befallen, an den abgeheilten Stellen waren seichte Narben hinterblieben. Die Anamnese ergab trotz sorgfältigster Nachforschung nichts von Syphilis. Dies und die Thatsache, dass das Leiden seit dem achten Jahre bestand und sich von hereditärer Lues nichts finden liess, verleitete zu der Ansicht, dass es sich um Lupus handle. Als aber verschiedene Heilpläne fehlgeschlagen waren, leitete man eine combinirte Jodkalium-Sublimatcur ein und die Affection heilte. Mehrere Recidive schwanden unter gleicher Behandlung, während gelegentlicher Gebrauch von Eisen und Leberthran das Uebel verschlimmerte. Mackenzie stellte die Diagnose: Syphilis und Lupus. — Im Anschluss daran stellte Mackenzie eine 29jährige Frau mit „tuberculo-ulcerativem Syphilid" des Gesichts vor. Die Affection liess sich leicht von vulgärem Lupus unterscheiden. Jodkalium und Calomelsalbe brachten schon nach einer Woche Besserung. — Ein anderer Fall, der vorgestellt wurde, — ein 40jähriger Mann — zeigte eine tuberculo-ulceröse Eruption auf Stirn und Kopfhaut, welche die grösste Aehnlichkeit mit Acne varioliformis darbot. In der That, sagt Mackenzie, ist die Aehnlichkeit in manchen Fällen eine so frappante, dass viele erfahrene Dermatologen alle Fälle von Acne varioliformis als syphilitisch ansehen. Dass dieser Fall syphilitisch war, stand ausser Frage. Der Patient hatte sich 14 Jahre vorher inficirt. Ledermann.

Lydston (9) fügt den Fällen Hutchinson's, Langenbeck's und Lang's, in denen sich Syphilome in Krebsgeschwülste umwandelten, einen neuen Fall seiner eigenen Beobachtung hinzu. Patient, ein Mann von 29 Jahren, acquirirte, 18 Jahre alt, eine Sklerose am Penis. Secundäre Symptome erschienen ungefähr 4 Monate nach dem ersten Geschwür und zwar ein papulopustulöses Exanthem, welches auf der Haut viele Narben zurückliess, zugleich Schleimhautflecke, welche besonders an der Zunge stark belästigten. 3 Monate lang Hg-Cur und Aufenthalt an den „Hot Springs". Der Kranke hatte nun im Laufe von 5 Jahren mehrfache Recidive, weswegen er starke Quecksilbercuren machte. 1884 kam er zum ersten Male zum Verfasser. Er hatte unzweifelhafte Gehirnsyphilis, und tuberculo-squamöse Syphilide waren über Vorderkopf, Vorderarme und Schenkel verbreitet. Cephalalgie. Gummatöse Ulceration auf dem Penis, gerade hinter der Corona. Die Zunge war rauh, bedeckt mit dickem, schmutziggelbgrauem Belag. Mehrere Knoten, einer im Centrum der Zunge, die anderen nahe der Basis. Patient hatte die ganze Zeit Tabak und Alkohol genossen. Ordination: Leberthran und Eisen und Jodkali in hohen Dosen. Nach 3 Monaten Heilung bis auf die Knoten, die überhaupt jeder Behandlung widerstanden. Sie ulcerirten gelegentlich, heilten dann auf Behandlung zu, wurden aber ebenso wie der Belag immer stärker hervorragend, letzterer chamoislederähnlich. Die Zunge schwoll nun, sah bedrohlich aus, die Knoten ulcerirten wieder und eine schwere Blutung trat auf. Jetzt wurde die Affection für krebsartig gehalten. Der mikroskopische Nachweis des Krebses misslang. Unter Behandlung mit Jodnatrium und local einer Mischung von Carbolsäure, Jod und Menthol in schwacher Concentration, Besserung und Abschwellung der Zunge fast bis zum Normalen. Doch nach wenigen Tagen Schwellung an der rechten Seite, begrenzt durch die Raphe. Die Knoten vergrösserten sich, und es erschienen mehrere neue. Die Zunge schwoll wieder stark. Trotz aller angewandten Heilversuche (Jodkali bis 60 Gr. pro die; milde Hg-Inunctionen; punktförmige Cauterisation mit dem Galvanokauter) bald Verschwärung der rechten Seite des Organes, welche auf den Mundboden übergreift. Bald war die Zunge nur noch ein nutzloser Stumpf, ihre Basis eine schmierige Masse hyperplastischen, ulcerirten Gewebes. Gestank und Secretion waren für den Kranken belästigend und verursachten Störungen seines Allgemeinbefindens, daher Operation mit

dem Galvanokauter zunächst mit gutem Erfolge. Nach einem Monat Schwellung der Submaxillardrüsen, Cephalalgie und Otalgie, neuer ulcerativer Process am Boden der Mundhöhle, kleine Ulceration am rechten Gaumenbogen. 4 Monate nach der Operation Hämorrhagie während der Nacht und Tod. — Verfasser meint, dass die zahlreichen Attaken von Glossitis und Stomatitis die Zunge in mehr minder defectem Zustand hinterliessen und chronische Reizbarkeit verursachten, welche die Ablagerung syphilitischen Materiales in dem Organe begünstigte, sobald die constitutionelle Erkrankung wieder in eine active Periode trat. Der lange und kritiklose Gebrauch von Hg ist, unabhängig von der Salivation, nach Verfassers Ansicht geeignet, entzündliche, schwärende Processe der Mundhöhle und ihrer Gebilde zu verursachen. Der übermässige, obwohl nöthige, Gebrauch von Jodkalium steigerte den Krankheitszustand der Zunge, und der fortgesetzte Gebrauch des Alkohols und Tabaks in Verbindung mit der Reizung, welche die Zähne verursachten, vollendete eine Kette von Umständen, welche in Verbindung mit der syphilitischen Kachexie die Entwickelung des Processes in der Zunge begünstigten. Von einem gewöhnlichen Zungencarcinom unterscheidet sich der Fall dadurch, dass die Schwellung der Zunge eine allgemeine war und die Verschwärung an mehreren Punkten begann, während der Krebs am Anfang gewöhnlich localisirt ist und erst nach und nach verschiedene Abschnitte der Zunge ergreift. Die Induration des Krebses ferner dehnt sich mit der Ulceration aus, während sie in diesem Falle allgemein wurde, bevor die Ulceration eine mässige Ausdehnung erlangt hatte. Für Syphilis sprach die halbseitige Begrenzung an der Raphe, wie sie eine Zeitlang bestand. Tuberculose ist auszuschliessen. Sternthal.

Parkes' (10) Fall — ein zunächst für maligne gehaltenes Geschwür der Zunge in der Nähe eines scharfkantigen Zahnes mit vergrösserten Lymphdrüsen; Heilung durch specifische Behandlung — bietet nichts Besonderes. Jadassohn.

Molfese (11) publicirt vier von ihm beobachtete Fälle von Knochensyphilis. 1. Beobachtung: Gummöse Periostitis des Unterkiefers mit partieller Nekrose und Sequestration grösserer Knochenfragmente. 2. Beobachtung: Osteomyelitis und Osteoperiostitis gummosa der Diaphyse der linken Tibia mit dem Ausgange in Vereiterung und consecutive Durchtrennung des Mittelstückes der Tibia in zwei Hälften. 3. Beobachtung: Constitutionelle Syphilis — gummöse Osteomyelitis des linken Femur — spontane Fractur — Heilung. 4. Beobachtung: Constitutionelle Syphilis — periostale Gummata der Schädelknochen mit consecutiver Nekrose derselben — subcutanes Gumma am rechten Handrücken und in der Regio sterno-clavicularis derselben Seite — gummöse Osteomyelitis des linken Oberarmknochens mit spontaner Fractur desselben. Aus vorstehenden Beobachtungen zieht der Autor folgende Conclusionen: 1. Die bei Knochensyphilis vorkommenden spontanen Fracturen erfolgen durch specifische Alterationen, welche durch gummöse Neubildungen des Knochens charakterisirt sind, und hängen weder von Amyloiddegeneration, noch von einer allgemeinen Alteration der Knochen ab, welche etwa Brüchigkeit derselben bedingt. 2. Vorliegende vier Fälle, in welchen bis auf einen niemals eine Mercurialcur angewendet worden war, widerlegen, wenn es noch einer Widerlegung bedarf, die früher vielfach verbreitete irrige Meinung, dass die bei Syphilitischen beobachteten Knochenerkrankungen eine Folge des Mercurgebrauches seien. 3. Die Consolidirung der Fractur bei Fall 2 erfolgte unter dem Gebrauche hypodermatischer Sublimat-Injectionen. 4. Auch der Unterkieferknochen kann unter der Form gummöser Affectionen erkranken. Dornig.

Der von Biggs (12) demonstrirte Schädel zeigte neben starker Verdickung und Asymmetrie Verdickung des Pericraniums und cariöse Processe. Der Knochen schien beim ersten Anblick hart zu sein, war es jedoch nicht, da er sich leicht schneiden liess. Verdickungen des Schädelknochens gehören nach der Ansicht Biggs zu den seltenen Erscheinungen der Syphilis. Hirnerscheinungen bestanden in diesem Falle zu Lebzeiten nicht. Der Kranke war an einer Pneumonie zu Grunde gegangen. Ledermann.

Fournier (13) berichtet über einen Fall von Complication recenter secundärer Syphilis durch einen subacuten Gelenkrheumatismus, der sich durch das Versagen der Quecksilber-Therapie, prompte Besserung auf salicylsaures Natron als nicht syphilitisch erwies. Verfasser sucht nun an der Hand der Literatur nachzuweisen, dass es überhaupt keine Form des syphilitischen subacuten Rheumatismus gebe, die hierher gehörigen Fälle vielmehr stets nur Complication von Syphilis mit gemeinem subacuten Rheumatismus darstellen. Finger.

Den von Nettleship, Wherry und Adams beschriebenen, sehr seltenen Fällen von Sklerose der Conjunctiva reiht Marlow (14) folgenden, selbst beobachteten neuen an: Frau G., eine 49jährige Witwe, stellte sich dem Verfasser am 24. August 1886 vor; ihr linkes oberes Augenlid war seit einer Woche entzündet und geschwollen. Die Untersuchung ergab in der Tiefe eine Induration nahe dem Canthus internus. Das obere Augenlid überdeckte das untere und konnte nicht evertirt werden. Iris und Cornea anscheinend normal. Heisse Umschläge, Waschungen verordnet. Am 26. August eine vergrösserte präglanduläre Drüse, so dass an die Möglichkeit eines syphilitischen Primäraffects gedacht wurde, obwohl der Hausarzt keine Infectionsquelle zu eruiren vermochte. Zehn Tage später, als Marlow wieder die Patientin sah, hatte sich am Canthus internus ein Ulcus gebildet, ebenfalls ein Ulcus an der entsprechenden Stelle der Conjunctiva palpebralis. Jetzt bestanden grosse Beschwerden: die präauricularen Drüsen waren grösser, ebenfalls die linksseitigen Submaxillardrüsen geschwollen. Der Rachen war geröthet, keine Ulceration. An der Nase ein verdächtiger Fleck, keine universelle Eruption. Als Quelle der Infection fand sich das hereditärsyphilitische Enkelkind der Kranken, dessen Körper vom Kopf bis zum Fuss und besonders an den Fingern mit papulo-squamösen, kupferfarbenen Efflorescenzen bedeckt war, so dass es am wahrscheinlichsten schien, dass die Infection durch Contact der Finger der Kleinen mit den Augen der Kranken zu Stande gekommen sei. Rasche Rückbildung bei localem und innerem Gebrauch von Mercur. Ledermann.

Barling (15) stellte einen 26jährigen Mann mit einem syphilitischen Schanker vor, der fast die ganze Unterlippe einnahm. Die Oberfläche des Schankers war excoriirt und die Basis ausserordentlich indurirt. Die Submaxillardrüsen waren beiderseits stark vergrössert; ausserdem bestand Roseola. Die Affection wurde seit 6 Wochen bemerkt und war wahrscheinlich in Folge Gebrauches einer Tabakspfeife von einem Syphilitiker entstanden.

Ledermann.

Unter den sechs von Lindström (16) angeführten Fällen der extragenitalen Primärsklerose betreffen drei die Lippen, zwei die Tonsillen und einer die Brust. In sämmtlichen Fällen erkrankten am frühesten die benachbarten Lymphdrüsen und zwar in der Form indolenter Induration. In zwei Fällen von Lippensklerose beobachtete man eine erosive Form des primären Geschwüres, in dem Falle von Brustschanker die syphilitische Infection einer 25jährigen Amme, erfolgt durch ein syphilitisch erkranktes Kind, welches sie stillte. Die Fälle von Tonsillenschanker (bei einem 24jährigen

Soldaten und einem 11jährigen Knaben) waren charakterisirt durch eine Vergrösserung und Induration der exulcerirten rechten Tonsille. Szadek.

Neumann (17) führt aus eigener Erfahrung eine stattliche Reihe theils durch directe, theils durch mittelbare Infection entstandener extragenitaler Sklerosen an, um zum Schlusse zu kommen, dass die im Gefolge extragenitaler Sklerosen entstandene Syphilis in ihrem Verlaufe in nichts von der genital acquirirten sich unterscheide. Wohl aber habe sie oft den Nachtheil, dass sie spät entdeckt, erst spät der geeigneten Therapie zugeführt werde. Finger.

Puech (18) bespricht zwei Fälle späten Auftretens der Induration. Im ersten Falle bemerkte der Patient, ein ängstlicher Mediciner, der sich täglich untersuchte, die Induration erst 41 Tage nach dem letzten Coitus; im zweiten Falle bemerkte ein Weib die Entwickelung derselben erst 97 Tage post coitum. Sie hatte inzwischen Variola durchgemacht, und führt Puech diese lange Incubation — analog einer Beobachtung Mauriac's nach Typhus — auf das Fieber zurück. Finger.

Koulneff (19) hat in seiner unter der Leitung von Prof. Tarnowsky in Petersburg verfassten Dissertation die Natur der indurirten Stränge untersucht, welche sich bisweilen bei Männern, welche mit einem Primäraffect behaftet sind, am Penis finden. Koulneff excidirte Stücke in 5 Fällen und fand, dass dieselben die Charaktere von Venen (und auch von Lymphgefässen) darbieten, welche an Endo- und Periphlebitis erkrankt sind. Galewsky.

1. Der erste Fall, auf welchen Taylor (20) die Aufmerksamkeit lenkt, war ein 49jähriger Mann, der, mit einer seit einigen Wochen bestehenden Erosion der Vorhaut behaftet, mit einer Frau vor ungefähr 7 Monaten Beziehungen gehabt hatte. Fünf Wochen nach diesem Coitus erschien an der Stelle der Erosion ein harter Knoten und ein zweiter Knoten ein Monat später. Vor 8 Wochen begann der Penis und das Scrotum zu schwellen und nach Verlauf von 2 Wochen war die Schwellung so bedeutend, dass er das Bellevue-Hospital aufsuchte, wo ein Versuch gemacht wurde, die Phimose durch eine dorsale Incision der Vorhaut zu beseitigen. Allmälig wurde die Schwellung durch die Application von Blutegeln auf den Penis verringert. Der wahre Zustand des Kranken damals konnte nicht in Erfahrung gebracht werden, da dieser erst vor ungefähr 6 Wochen unter Taylor's Beobachtung in das Charity-Hospital kam. Zu dieser Zeit bestand noch die Schwellung, und Patient war sehr anämisch. Bettruhe, Mercur und Tonica wurden verordnet. Das geschwollene Scrotum war so dick wie eine Cocosnuss und der Penis entsprechend gross. Es bestand keine Succulenz der Gewebe; die Vorhaut war purpurroth und hart wie Knorpel; dabei bestand noch Phimosis. Obgleich der ganze Penis mit in die Schwellung einbezogen war, so sass doch das excessiv harte Oedem in der Vorhaut. Die Circumcision wurde vor einer Woche gemacht und darauf die Härte geringer; es entstand keine Spur einer entzündlichen Schwellung oder Infiltration. Der Patient hat sich rapid seit der Entfernung dieser Masse erholt. Die Erosion am Penis bildete eine gute Eingangspforte für das syphilitische Virus. Patient leugnet Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Alopecie oder Exanthem gehabt zu haben, aber hatte unzweifelhaft eine Roseola; einige wenige Flecke davon waren noch zu sehen; ausserdem bestand Scleradenitis. Die Affection des Kranken ist unter dem Namen Oedema indurativum bekannt und beginnt gewöhnlich an den Genitalien, selten im Gesicht. Gewöhnlich erscheint sie in den ersten Jahren der Syphilis und zwar auf primären oder secundären syphilitischen Localherden. Sie kommt bei keiner

anderen Krankheit vor. Wenn dieses subacute, entzündliche „Quasi-Oedem" einen primären oder secundären syphilitischen Localherd befällt, so hängt seine Beseitigung wesentlich von der Heilung des ursächlichen Herdes ab. Dieses Oedema indurativum ist zuweilen complicirt durch einen erysipelähnlichen Zustand, wobei die Theile, obgleich nicht heiss, eine ziegelrothe Farbe haben, die sich eine Strecke weit auf die Nachbartheile ausdehnt. Die Dicke des Scrotums bei Taylor's Kranken betrug einen Zoll. Bei männlichen Kranken muss die harte Vorhaut excidirt, dabei wenn möglich, der Penis beständig mit grauer Salbe bedeckt werden. Einreibungen von grauer Salbe dürfen auf das Scrotum nur mit grösster Vorsicht gemacht werden, da sie Entzündungen und Gangrän verursachen können. Es ist daher besser, nach solchen Einreibungen einen feuchten Umschlag oder Bleiwasserumschläge zu appliciren. 2. Der nächste Fall war eine 22jährige Frau mit Oedema indurativum des rechten grossen Labiums. Anamnestisch gab sie an, ein Geschwür an der Innenfläche der Vulva, ein leichtes Exanthem, Alopecie, nächtliche Kopfschmerzen und andere Symptome von Syphilis gehabt zu haben. Vor 6 Wochen begann das rechte grosse Labium anzuschwellen und erreichte schliesslich die Grösse einer Faust. Nach wenigen Wochen erschienen Geschwüre daselbst, verschwanden jedoch nach kurzer Zeit. Die gegenwärtigen Geschwüre begannen als Pusteln von Stecknadelkopfgrösse und zwar durch Infection von Mikrococcen, welche durch die Haarfollikel eindrangen, wodurch die jetzt bestehende Ulceration erzeugt wurde. Diese kann also nur als eine Complication betrachtet werden, die sich auf dem stark vergrösserten Labium majus entwickelte. Was die Behandlung betrifft, so ist es in diesem Falle, da ja die ganze Masse nicht entfernt werden kann, wichtig, die stricteste Reinlichkeit der afficirten und benachbarten Theile zu beobachten, jede Reizung zu vermeiden und die ganze Geschwulst mit einer 25%igen Quecksilbersalbe an der Innen- und Aussenseite der Vulva zu bedecken. Bei dem Gebrauch von heissen Sitzbädern (101° F.) mit etwas Soda, wird die Circulation in den Theilen beschleunigt, die Gewebe erweicht und so der Wirkung des Quecksilbers zugänglicher gemacht. 3. Der dritte Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass ein universelles, papulöses Exanthem eines 40jährigen syphilitischen Mannes stark juckte. Taylor glaubt, dass das Jucken bei solchen Individuen durch die allgemeine Constitution begründet oder zuweilen durch Kleiderläuse bedingt wird, denn syphilitische Eruptionen jucken für gewöhnlich nicht. Locale syphilitische Infiltrationsherde wie Papeln, Tuberkeln behandelt man am besten mit Inunctionen. 4. Der vierte Fall betrifft eine 38jährige Frau, die vor 6 Jahren syphilitisch geworden war und bald darauf Erscheinungen einer vorgeschrittenen Periode der Krankheit darbot. Ihre erste Eruption bestand in kleinen Papeln im Gesicht, die alljährlich wiederkehrten. Jetzt bietet sie an den Schultern, Clavikeln, unter der rechten Brust, hinter den Ohren ulcerirte tuberöse Efflorescenzen dar. Die Ulceration dieser Knötchen entsteht nach Taylor in einigen Fällen als Folge der syphilitischen Allgemeininfection, in anderen durch locale Mikrococcen-Infection der ursprünglichen Syphilisproducte. Da das syphilitische Neoplasma ein junges und schnell wachsendes Granulationsgewebe von geringer Vitalität ist, und da die Rundzellen sich um die Blutgefässe herum, von denen sie effundirt sind, ansammeln, so comprimiren sie, wenn ihre Zahl zu gross wird, die Blutgefässe, und Ulceration folgt. Die pyogenen Bacterien andererseits dringen durch die Haarbälge, Schweiss- und Talgdrüsen in die Infiltrate hinein und erzeugen dort Pusteln und Geschwüre. Bei geschwächten Personen entwickeln sich diese Ulcera häufiger als bei kräftigen. Die Behandlung der Geschwüre geschieht in der Art, dass man zunächst die Krusten entfernt, dann die Theile mit einer 2- bis 3%igen Carbolsäurelösung wäscht. Hat sich der Geschwürsgrund gereinigt,

so applicirt man eine Salbe, bestehend aus Acid. carbol., Ung. mercur. āā 2 Drachm.; Vaselin 1 Unze. Innerlich verordnet Taylor: Rp. Biniodide of mercury 2 Gramm, Jodide of Potassium (Jodkali) 3 Drachm., Syrup of Jodide of iron (= Syrup. ferr. jodat.) 320 gutt., Simpl. Syrup. 2 Unzen, Aq. destill. qu. s. 4 Unzen. M. d. s. 1 Theelöffel in Wasser dreimal täglich.

Ledermann.

Nach Berücksichtigung der einschlägigen Literatur bespricht Neumann (21) einen Fall eigener Beobachtung. Derselbe betraf eine 27jährige Frau, die zweimal abortirt hatte und ein altes Knotensyphilid am Stamme darbot. Die rechte Brust erschien voluminöser, von livider Haut gedeckt, die untere Hälfte der Brustdrüse in einen derben Knoten umgewandelt, über dem sich eine krümligen Eiter entleerende Ulceration mit unterminirten Rändern vorfand. Heilung auf Jodkali in 4 Wochen.

Finger.

Andry (22) beschreibt einen Fall ausgebreiteter Pigmentsyphilis bei einem 19 Jahre alten Mädchen, das 1 Jahr nach der Syphilisinfection an ausgebreiteter acuter Tuberculose starb. Im Gesicht, am Nacken, Stamm und Extremitäten fanden sich in grosser Zahl theils rundliche, theils unregelmässige licht- bis dunkelbraune Pigmentflecke, zwischen und um diese die Haut des Pigmentes beraubt. Auffällig ist insbesondere die Localisation solcher Flecke an Lippensaum und Augenlidern. Nach Angabe der Patientin hat sich ein grosser Theil der Flecke an der Brust in der Weise geändert, dass die pigmentirten Stellen immer kleiner wurden und pigmentloser Haut Platz machten. An den Extremitäten finden sich, als Reste einstigen papulösen Exanthems, braunrothe, schuppende Flecke. (Es handelt sich also offenbar um eben entstehende Leukopathie, die ihren Ausgang von den zahlreichen Pigmentflecken eines papulösen nummulären Syphilides genommen hatte. Ref.) Mikroskopische Untersuchung der Pigmentflecke ergab das Vorhandensein von aus kleinen Körnchen zusammengesetzten Pigmentschollen in den basalen Schichten des Rete, dem Papillarkörper, der Cutis. Um Haare und Drüsen fehlten sie. Reste einer Infiltration, Veränderungen der Gefässe waren nicht nachzuweisen. Die Haut bot absolute Aehnlichkeit mit einer vergleichsweise untersuchten Negerhaut. Die pigmentlose Haut wurde nicht untersucht.

Finger.

Calvert (23) stellt einen an Syphilis leidenden jungen Mann mit einer eigenthümlichen Eruption vor. Der Kranke, der zahlreiche Narben und Pigmentflecke als Residuen früherer Hautulcerationen darbot, zeigte auf seinem Rücken weisse, erhabene Efflorescenzen von der Grösse eines Herpesbläschens, jedoch solid, auf Druck nicht schmerzhaft. Einzelne folgten dem Laufe eines Intercostalnerven. Symmetrische Anordnung bestand nicht. In der Discussion bezweifelt Black den Zusammenhang dieser Eruption mit Syphilis. Menzies hat solche Eruptionen bei Malariakranken gesehen und macht darauf aufmerksam, dass auch dieser Mann an Malaria gelitten habe.

Ledermann.

Fox (24) demonstrirt einen Fall von Erythema multiforme, der mit Lues verwechselt werden kann. In der Discussion hält Klotz die Eruption am Thorax für zweifellos syphilitisch. Einige der Efflorescenzen, besonders an den Schultern, sehen Kratzaffecten im Anschluss an Insectenstiche ähnlich. Allen würde auch den Fall für Lues erklären, wenngleich die Erscheinungen nicht speciell charakteristisch sind. Taylor hat Gummata, die dem Erythema nodosum ähnlich sehen, ebenso plötzlich wie die Knoten in dem Falle von Fox entstehen sehen. Diese konnten jedoch gewöhnlich von der letzteren Krankheit durch die Schmerzen und die Tendenz, zu ulceriren, differenzirt werden. Keyes hält bei dem Mangel jeglicher

Syphilisanamnese und sonstiger syphilitischer Erscheinungen diese Krankheit für Erythema nodosum. Bronson glaubt, dass zuerst ein allgemeines Erythem in Folge Reizung der nervösen Centren durch das Syphilisgift entstanden sei und dass sich dann in den erythematösen Plaques eine syphilitische Infiltration etablirt habe. Er hält die Erscheinungen am Kinn und Scrotum für unzweifelhaft syphilitisch. Die Erscheinungen anderwärts, besonders an den Extremitäten, haben den Charakter des Erythema nodosum. Es ist wohl bekannt, sagt er, dass eine Eruption, die alle Charaktere des Erythema nodosum darbietet und von Mauriac als „Erythème noueux syphilitique“ beschrieben ist, im secundären Stadium erscheinen kann. „Diese eruptive Form ähnelte so vollkommen den Schwellungen und Knoten des Erythema nodosum, dass es nicht möglich war, ohne Anamnese oder ohne die Anwesenheit syphilitischer Symptome, sie zu differenziren.“
Ledermann.

Weiss (25) demonstrirte einen Mann, an dessen Abdomen eine ausgedehnte oberflächliche Hautnarbe sich befand, die im Anschluss an eine seit 3½ Jahren bestehende Eruption entstanden war. Die Aetiologie ergab Lues.
Ledermann.

Der erste von Taylor (26) beschriebene Fall zeichnete sich dadurch aus, dass ein an einem papulo-pustulösen Syphilid der Kopfhaut und des übrigen Körpers leidender Mann über heftiges Jucken auf dem Kopfe und den Beinen klagte. Taylor erklärt das Jucken aus der Gewohnheit der Menschen, jede kleine Pustel aufzukratzen und so secundär einen pruriginösen oder eczematösen Status zu erzeugen. Das Jucken an den Beinen ist nach seiner Meinung auch häufig die Folge von Circulationsstörungen. An dem zweiten Fall war das Vorhandensein von drei harten Schankern bemerkenswerth. Der dritte Patient zeigte eine kleinpapulöse Eruption an den Händen und Handgelenken und gab zu der Vermuthung Anlass, dass es sich um Scabies handle. Die übrigen Symptome sicherten die Diagnose Syphilis. Bei einem vierten Kranken entwickelte sich 10 Monate nach der syphilitischen Infection Ptosis. Taylor hält Ptosis für ein sehr wichtiges diagnostisches Unterstützungsmittel, zumal wenn sie sich mit Mydriasis combinirt.
Ledermann.

In zwei von Neumann (27) beobachteten Fällen von recentem secundären Syphilid bei Patienten mit florider Psoriasis vulgaris konnte nicht nur ein Nebeneinander der beiden Exantheme, sondern auch beobachtet werden, dass am Grunde und meist im Centrum der einzelnen Psoriasisplaques braunrothe, fühlbar derbe Infiltrate entstanden, die durch ihre Farbe, Pigmentirung, die Heilung auf Antisyphilitica sich als luetische Infiltrate documentirten. Neumann kommt daraus zum Schlusse, dass die Stauung, die der Psoriasis zu Grunde liegt, zur Entstehung syphilitischer Infiltrate am Boden der Psoriasisplaques prädisponire.
Finger.

Giovannini's (28) pathologisch-histologische Untersuchungen betreffen eine Form von syphilitischer Alopecie, welche scheinbar ohne irgend welche Alteration der Haut in der Secundärperiode beobachtet wird und theils als einfache Lichtung des Haarbodens, theils in Form kleiner alopecischer Kreise auftritt. Die Untersuchung der beim Lebenden excidirten alopecischen Kopfhaut ergab auf der Höhe der Erkrankung eine den leeren oder Beethaare enthaltenden Follikeln entsprechende Leukocyten-Infiltration, welche ihren Sitz zwischen den Bindegewebszellen der mittleren Haarbalgscheide und hauptsächlich in der Umgebung der Blutgefässe hatte, die zum Theil erweitert waren. Besagte Infiltration begann regelmässig an der Grenze zwischen dem mittleren und unteren Drittel des Haarbalges und erstreckte sich von hier, allmälig an Dichtigkeit zunehmend, nach abwärts bis zur

unteren Grenze der Haarzwiebel. Entsprechend solchen Hautstellen, wo die syphilitische Alopecie der Heilung entgegenging, wo man somit bereits auf neugebildete Haare stiess, bestand im bulbären Theile der Bälge der dickeren Haare keine Spur einer Infiltration mehr; nur an den dünnsten Haaren war sie noch in geringem Grade vorhanden. Nach der Auffassung Giovannini's bildet die beschriebene, bei der in Rede stehenden alopecischen Form nachgewiesene histologische Alteration ein Analogon zu jener, welcher man bei den leichtesten cutanen Formen der Secundärperiode begegnet, mit dem Unterschiede jedoch, dass sie, statt in den oberflächlichsten Schichten der Cutis, bald da bald dort um die Gefässe, welche den untersten Theil des Haarbalges umspinnen, localisirt ist; daraus würde eine Ernährungsstörung der Haarmatrix und als Folge dieser der Ausfall des Haares resultiren.

Dornig.

Conte (29) veröffentlicht nachstehende von ihm beobachtete Fälle. 1. Eine 34jährige Frau litt an einer exulcerirenden Geschwulst an der Unterlippe; sie consultirte deshalb einen Chirurgen, der ein Epitheliom diagnosticirte und zur sofortigen Exstirpation der Geschwulst rieth. Conte, welcher zu dem Falle beigezogen wurde, stellte die Diagnose auf einen syphilitischen Primäraffect. Das Auftreten breiter Condylome an den Genitalien und multipler Drüsenschwellungen, sowie der günstige Erfolg einer specifischen Cur beseitigten jeden Zweifel über die Richtigkeit der von Conte gestellten Diagnose. 2. Ein 45jähriger Marineofficier nahm die Hilfe Conte's wegen eines am Scrotum sitzenden Geschwüres in Anspruch. Der Kranke war psychisch sehr deprimirt und trug sich mit Selbstmordgedanken, da ein bekannter Kliniker, an den er sich zuerst gewandt hatte, ein ulcerirendes Cancroid diagnosticirt und die operative Entfernung der afficirten Gewebe als unerlässlich erklärt hatte, Conte erkannte sofort, dass es sich um subcutane Gummaknoten handelte und leitete eine Jod-Quecksilberbehandlung ein, durch welche der Kranke in kurzer Zeit hergestellt wurde. 3. Ein 23jähriger Bankbeamter erkrankte an einer Geschwulst des rechten Testikels mit consecutiver Verschwärung der Scrotalhaut. Nachdem er verschiedene erfolglose Curen durchgemacht hatte, consultirte er einen renommirten Professor, der die Affection für ein Carcinom des Testikels hielt und dem Kranken die Castration vorschlug. Nun wandte sich Patient an Conte, welcher nach eingehender Prüfung des Falles die Diagnose auf Albuginitis syphilitica und gummöse Infiltration des Scrotums stellte, von einer Operation abrieth und eine antisyphilitische Cur empfahl. Wie der Erfolg der Behandlung zeigte, hatte Conte richtig diagnosticirt, denn der Kranke genas vollständig. 4. Exulcerirende, in der linken Parotidealgegend sitzende Geschwulst bei einem 38jährigen Manne, welcher sich vor mehreren Jahren luetisch inficirt hatte; heftige, das Leben des Kranken bedrohende Blutungen aus der Geschwulst, welche, von zwei bekannten neapolitanischen Aerzten für ein Adeno-Sarkom erklärt wurde. Conte dagegen diagnosticirte eine gummöse Infiltration der Parotis und fand seine Diagnose durch den günstigen Ausgang der Erkrankung bestätigt. 5. Ein 21jähriger Mann bot folgendes Krankheitsbild: Fieber mit nächtlichen Schweissen, Muskel- und nächtliche Knochenschmerzen, hartnäckigen Husten, deutliche Erscheinungen eines Pharyngo-Laryngealkatarrhs, wiederholte Hämoptöe. Mit Rücksicht darauf, dass der Kranke 11 Monate vorher an einem kleinen, am inneren Vorhautblatte sitzenden Geschwür gelitten hatte, war es für Conte nicht zweifelhaft, dass das beschriebene Krankheitsbild luetischen Ursprungs wäre und dass es sich um eine syphilitische Pharyngo-Laryngitis und wahrscheinlich auch um gummöse Bronchialknoten handelte. Wiewohl ein pro consilio beigezogener Kliniker den Verdacht auf beginnende Lungentuberculose aussprach, liess sich Conte in seiner Diagnose nicht beirren und leitete eine

specifische Behandlung (hypodermatische Sublimatinjectionen) ein, die sämmtliche Krankheitserscheinungen zum Schwinden brachte. Mit der Veröffentlichung vorliegender Fälle verbindet Conte die Absicht, die Aufmerksamkeit namentlich jüngerer Aerzte auf die möglichen diagnostischen Irrthümer zu lenken, zu welchen einzelne Syphilisformen wegen ihrer scheinbaren Aehnlichkeit mit gewissen, nicht auf luetischer Infection beruhenden Affectionen Veranlassung geben können. Dornig.

Hallopeau (30) stellt einen Fall gummöser Ulcerationen von Nase und Rachen bei einem 23jährigen Manne vor, der dadurch auffällt, dass neben Perforation des harten Gaumens, des Septum, sich äusserlich drei fissuräre Ulcerationen zeigen, deren eine in der Mittellinie von der Nasenspitze aufwärts zieht, die beiden anderen in den Nasolabialfalten verlaufen. Die beiden Nasenflügel, so von einander und von ihrem Zusammenhang mit der Wange getrennt, stellen, da das Septum fehlt, zwei freihängende Lappen dar, die bei jedem Athemzuge flottiren. Die Nase hat Aehnlichkeit mit der einer Bulldogge. Finger.

White (31) demonstrirte einen Fall von syphilitischer Geschwulst des Zungenrückens bei einem 38jährigen Manne. Die Geschwulst war über einen Shilling gross und durch Hypertrophie der Papillen entstanden. Ledermann.

Anknüpfend an einen Fall von Kehlkopfsyphilis, bespricht Massei (32) die Differentialdiagnose zwischen syphilitischen und tuberculösen Kehlkopfaffectionen, ohne über den Gegenstand Neues zu bringen. Dornig.

Taberlet (33) beobachtete bei einem Patienten von 34, einem von 36 Jahren, die beide seit 3—4 Jahren syphilitisch waren. Bronchitis, die der gewöhnlichen Behandlung widerstand, auf antisyphilitische Therapie heilte, daher vom Verfasser für syphilitisch erklärt wird. Finger.

De Luca (34) bespricht die secundären Syphilide der Vaginalportion. Die erythematöse Form kennzeichnet sich durch kupferrothe, scharf umschriebene, linsengrosse Flecke, die oft in Form eines diffusen Erythems confluiren. Die erythematös-erosiven Formen — die häufigsten — bilden von den Drüsen ausgehende, unregelmässig landkartenartig contourirte ganz oberflächliche Erosionen, unterscheiden sich von den blennorrhagischen, die mit Vorliebe die obere Lippe einnehmen, durch Sitz an der Unterlippe, sind auch seichter. Die papulösen Syphilide treten theils als linsengrosse „plaques opalines“, theils als umschriebene, kupferrothe, leicht elevirte Erosionen auf, die meist die Peripherie der Vaginalportion aufsuchen. Der Erosion geht nicht selten Bläschenbildung voraus. Werden manchmal durch Anschwellung der Beckenlymphdrüsen complicirt. Finger.

Ebenso wie Knochen und Periost können Knorpel und Perichondrium früh syphilitisch erkranken. Bouvier (35) erwähnt namentlich die Erkrankungen der Tuba Eustachii, der Trachea, der Tarsalknorpel, vor Allem der Rippenknorpel und der Ohrmuschel. Am Rippenknorpel tritt die Chondritis auf unter lebhaftem Schmerz, der gewöhnlich sich zeigt bei Berührung der benachbarten Rippenbögen, an der Ohrmuschel unter der Form einer Entzündung, die umso leichter sich entwickelt, als das Organ ein ausserordentlich reiches Netz von Lymphbahnen besitzt. Galewsky.

Robinson (36) zeigte einen durch Knochenveränderungen in hohem Masse ausgezeichneten Fall von congenitaler Lues. Die auffallendsten Symptome waren bedeutende symmetrische Verdickungen beider Tibiae, welche sich schmerzlos und schleichend ausbildeten, und ungewöhnliche Verdickungen beider Malleolen. Friedheim.

Densu (37) beschreibt einen Fall von luetischem Tumor des Peroneuskopfes. Patient hatte in früheren Jahren an den verschiedensten Erkrankungsformen der Spätperiode gelitten und war wegen Paralysen auf luetischer Basis schon mehrfach specifisch behandelt worden. Im Jahre 1884 erkrankte er an einem ausgesprochenen Oedem des Unterschenkels, und die geringen inflammatorischen Erscheinungen, die Apyrexie, boten die Analogie mit einer reticulären Lymphangitis. Es bildete sich allmälig ein immer grösserer Tumor aus, welcher, als Verfasser ihn im Mai 1885 sah, bereits einen Längendurchmesser von 8½ Ctm. und einen Breitendurchmesser von 7½ Ctm. hatte. Der Tumor hatte eiförmige Gestalt und schien vom Peroneuskopf oder dem Ligam. interosseum auszugehen. Auf Vorschlag von Professor Fournier wurde (es war wegen Verdacht auf Sarkom Operation beabsichtigt) vorher noch eine gemischte antiluetische Cur vorgenommen, welche im Verlauf von 2 Monaten das Neoplasma verschwinden liess. Galewsky.

Viscerale Syphilis.

1. **Oppenheim.** Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystemes. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, 48, 49.
2. **Pedicini.** Emiparaplegia da sifilide, guarigione. — Progresso med. 1889, Nr. 13 und 15.
3. **Ormerod.** Gummata of pons Varolii. — Lancet, 1. December 1889.
4. **Mauriac.** Myélopathies syphilitiques. — Gaz. des hôpit. 1889.
5. **Reynold** E. S. Drei klinische Fälle von Syphilis des Rückenmarks, vorgestellt in der Manchester Med. Society. — Brit. Med. Journ., 30. November 1889, pag. 1221.
6. **Strümpell** Adolf. Ueber die Beziehungen der Tabes und der progressiven Paralyse zur Syphilis. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 41.
7. **Lydston** Frank G. Tropho-Neurosis as a factor in the phenomens of syphilis. — Southern surgical and gynaecological Association. 12., 13. u. 14. November 1889. — The Med. Record, 7. December 1889.
8. **Nikiforow.** Ein Fall von Syphilis des Herzens; syphilitische Affection der Valvula mitralis. — Med. Rundschau 1889, XXX, pag. 763—768 (russisch).
9. **Buchwald** Alfred. Ueber syphilitisches Aortenaneurysma nebst Bemerkungen über Herzsyphilis. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 52.
10. **Morgan.** Accise of Raynaud's symmetrical gangrene in a patient suffering from constitutional syphilis. — Lancet 1889, II, Nr. 1—4.
11. De **Renzi.** Ueber Hämoglobinurie. Congress für innere Medicin in Rom. — Wiener klin. Wochenschr. 1889, Nr. 50.
12. **Preiss.** Ein Fall von Polydipsia syphilitica. Sitzungsber. d. balneolog. Gesellsch. zu Piatigorsk. 1889, pag. 40 (russisch).
13. **Decker.** C. Zur Casuistik des Diabetes mellitus syphiliticus. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 46.
14. **Lustgarten** Sigmund. On the subcutaneous glandular affections of the late stage of syphilis (gummous or tertiary bubo or lymphoma). — Med. Record. 11. Januar 1890.
15. **Ranschoff.** Ein Fall von einseitiger Keratitis parenchymatosa bei einer 35jährigen Frau in Folge von Lues acquisita. — Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde. December 1889.
16. **Sanguineti.** Linfadenite gommosa. — Clinica dermopatica e sifilopatica della R. Univers. di Genova. Anno VI., fascie VI.
17. **Scotti.** La sifilide gommosa intestinale ed un nuovo processo di celotomia, nelle ernie incarcerate con stenosi dell' intestino. — Giorn. internaz. d. sc. med. 1889, Nr. 10—11.

18. **Mauriac.** Symptomes et diagnostic de la syphilis tertiaire du foie. — Revue générale de clinique et de thérapeutique 1889, Nr. 18—25.
19. **Stewart** Graniger. Syphilis of liver and Brain. — Edinburgh Med.-Chir. Society, 5. Februar 1890. — The Brit. Med. Journ., 22. Februar 1890.
20. **Ballantyne** J. W. A syphilitic liver with miliary gummata. — Obstetrical Society of Edinburg. Session I u. I.—IV. Meeting, 12. Februar 1890. Edinburgh Med. Journ., April 1890.
21. **Andronico.** Della epididimite primitiva sifilitica. — Osservatore 1889. Referat: Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889. 4.
22. **Leroy.** Contribution à l'étude de la néphrite syphilitique avec quelques considérations sur la dégénération amyloide et hyaline. — Arch. gén. de méd., Mars 1890.
23. **Stravino.** Cuore sifilitico. Miocardite cronica interstiziale gommosa in segnito ad infezione sifilitica. — Progresso med. 1889. Referat: Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, Nr. 4.
24. **Churton.** 1. Probable gumma of the cord. 2. Gumma of left prefrontal region. — Leeds and West Riding Med.-Chir. Society, 21. März 1890. The Brit. Med. Journ., 6. April 1890.
25. **Turner.** Gumma of the heart. — Hunterian Society, 12. März 1890. The Brit. Med. Journ., 22. März 1890.
26. **Burgess.** Specimen of an old syphiloma of the cord. — Sheffield Med.-Chir. Society, 30. Jänner 1890. The Brit. Med. Journ., 8. Februar 1890.
27. **Philips.** Syphilitic arthritis. — Lancet, 1. März 1890.
28. **Mauriac.** Arteriopathies syphilitiques. — Arch. gén. de méd. 1889. Mai-Juni.
29. **Mauriac.** Anévrysmes syphilitiques. — Bullet. méd. 1889, 36.
30. **Bonisson.** Anévrysme du coeur. Ramollissement cerebrale. Arterite syphilitique probable de l'encephale et des coronaires. — Bullet. de la société anat. de Paris, October 1889.
31. **Létienne.** Anévrysme de l'aorte thoracique chez un syphilitique. — Bullet. de la société anat. de Paris, December 1889.
32. **Hess.** Meningitis luetica. — (Deutsche med. Wochenschr., December 1889.)
33. **Oestreicher.** Ein Beitrag zur Meningitis diffusa basilaris syphilitica. Paradoxe Pupillenreaction. — Berliner klin. Wochenschr. 1890, Nr. 6.
34. **Moret.** Syphilis cérébrale précoce. — Union méd. du Nord-Est, Jänner 1890.
35. **Gilbert** u. **Lion** G. De la syphilis médullaire précoce. — Arch. gén. de méd. 1889.
36. **Michaïlow.** Ein Fall von Sclerosis multiplex syphilitica cerebri et medullae spinalis. — Wratsch 1889, 51, 52 (russisch).
37. **Oboledstki.** Ein Fall von syphilitischer Erkrankung des Halstheiles des linken Nervus vagus. — Wratsch 1889, 41, 42 (russisch).
38. **Clarke** Mitchell. A case of syphilitic growth in dura mater. Operation. Death from septicaemia. Necropsy. — Lancet, 1. März 1890.
39. **Dabney** S. G. Ocular symptomes in syphilis. — The Times and Reg., 1. März 1890, S. 209. (Referat: Americ. Prac. and News.)
40. **Suckling.** Right Hemiplegia and Aphemia, due to Syphilis. — Midland Med. Society. The Brit. Med. Journ., 8. Februar 1890.
41. **Vermel.** Du rôle de la syphilis dans l'étiologie du tabes dorsalis et de la paralysie progressive des aliénés. — Progrés méd. 1890, 8.

Oppenheim (1) gibt eine Darstellung der Hauptformen der Syphilis des Centralnervensystems. Er hebt hervor, wie die Hirnsyphilis zumeist von den Meningen ihren Ausgang nimmt, und wie es sich fast immer um eine

diffuse, flächenhafte Neubildung handelt, die sich in den meisten Fällen an der Basis des Gehirns entwickelt. Die grossen Gefässe, sowie die Hirnnerven werden bald von der Neubildung ergriffen; vor Allem sind es aber die Nerven des Oculomotorius oder Opticus, die, von dem Geschwulstgewebe infiltrirt, zuerst sich verdickt zeigen, um in den späteren Stadien zu atrophiren. Ebenso wird die Adventitia der Gefässe von den Rundzellen durchsetzt, die Wucherung setzt sich auf die Intima fort, es kommt zur Verengerung, schliesslich zum Verschluss der Gefässe mit allen seinen Folgen. Die Krankheit äussert sich im Beginne gewöhnlich durch den anfallsweise auftretenden, äusserst heftigen Kopfschmerz, dazu kommen Erbrechen, Schwindelgefühl, Krampfanfälle und als wichtigstes Symptom Anfälle von Bewusstseinsstörung, die meist nur Stunden andauern. Im Gefolge dieser Allgemeinerscheinungen, zu denen Verfasser auch die Polydipsie und Polyurie rechnet, treten dann Lähmungssymptome, von Seiten der afficirten Hirnnerven herrührend, auf. Es kommt zu einer Lähmung oder Parese des Oculomotorius, zu einer Neuritis optica oder es tritt in Folge der Betheiligung des Olfactorius oder Quintus Anosmie oder Anästhesie im Gebiete des Trigeminus ein. Alle die genannten Symptome könnten noch zu der Diagnose einer Carcinomatose der Schädelbasis oder einer tuberculösen Basilarmeningitis führen, doch ist gegenüber der letzten Diagnose das Fehlen von Fieber ausschlaggebend und vor Allem ist hervorzuheben, dass bei der syphilitischen Erkrankung eine auffallende Flüchtigkeit und Unbeständigkeit der Symptome besteht. Bei den genannten Erscheinungen ist die Prognose immer noch günstig; ungünstig wird sie erst bei Eintritt von Hemiparesen oder Hemiplegien apoplektischen Ursprungs. Zur Besprechung der Syphilis des Rückenmarks übergehend, betont Verfasser, dass es sich fast in allen Fällen um eine cerebrospinale Affection handelt, und dass die Diagnose Lues spinalis ihre wesentliche Stütze in dem gleichzeitigen Befund von Hirnsymptomen finden wird. Auch hier handelt es sich um diffuse, flächenhafte Neubildungen, welche die Rückenmarkshäute und die Rückenmarkswurzeln durchsetzt und in die Substanz des Rückenmarks eindringt. Für die Diagnose ist neben den schon erwähnten Hirnsymptomen ein weiterer Anhaltspunkt der schubweise Verlauf und die Remissionen; Paresen entwickeln sich zu Paraplegien, um wieder zu schwinden, Ataxien kommen und gehen. Ein interessantes Verhalten zeigen die Sehnenphänomene. Es wurden Fälle beobachtet, bei denen das Westphal'sche Zeichen neben den übrigen tabischen Symptomen bestand und sich später eine spastische Parese mit gesteigertem Kniephänomen entwickelte. Sodann ist in einzelnen Fällen die Brown-Séquard'sche Halblähmung eine Zeit lang angedeutet, schwindet aber gewöhnlich schnell. Ferner kommen, abhängig von der Betheiligung der Meningen und Rückenmarkswurzeln, Reizerscheinungen, wie: Intercostalneuralgien, Schmerzen in den unteren Extremitäten und endlich Lähmungen, Anästhesien, Gürtelschmerz, Blasenstörungen u. s. f. vor. Differentialdiagnostisch bemerkt Oppenheim, dass bei aller Verwandtschaft der Symptome mit denen der multiplen Sklerose für die letztere ausschlaggebend der Nystagmus, die scandirende Sprache, das Zittern sein werden. Die Differentialdiagnose zwischen der Syphilis und der Tabes dorsalis, sowie der combinirten Systemerkrankung ist besonders schwierig, da, wie Verfasser selbst beobachtet, beide Erkrankungen neben einander vorkommen können. Die Prognose der Lues spinalis ist ungünstiger als die der Hirnsyphilis, fast immer letal endigen Fälle, bei denen es bereits zur Entwickelung von Paraplegien gekommen ist. Zum Schlusse macht Verfasser auf Patienten aufmerksam, die früher syphilitisch inficirt und mit den möglichen Folgen der Syphilis wohl vertraut aus Syphilidophobie Neurastheniker werden. Diese kommen zumeist mit den Klagen über Kopfschmerz und Schwindelgefühl

und machen eine Mercurialcur nach der andern durch. Natürlich werden sie hiedurch nicht gebessert, da nur von einer gegen die Neurasthenie gerichteten Behandlung Heilung zu erwarten ist. Stein.

Pedicini (2). Bei einem 38jährigen, hereditär belasteten, vor 18 Jahren luetisch inficirten Manne trat, nachdem er wiederholt an gummösen Knochenaffectionen gelitten hatte, plötzlich eine complete motorische Lähmung der linken unteren Extremität mit Hyperästhesie derselben auf. An der rechten unteren Extremität, die scheinbar nicht gelähmt war, ergab eine genaue Untersuchung eine leichte motorische Störung, sowie Herabsetzung der Tast- und Schmerzempfindung. Blase und Mastdarm waren gelähmt. Keine motorischen oder sensitiven Störungen an den oberen Extremitäten, keine psychischen Störungen. Da eine auf luetischer Basis beruhende Spinalerkrankung nahezu mit Sicherheit angenommen werden konnte, wurde sofort eine specifische Behandlung, bestehend in subcutanen Sublimatinjectionen à 0·01 eingeleitet. Nach 25 Injectionen hatte das gelähmte Glied seine Beweglichkeit nahezu wieder erlangt. Später wurde Jodkali in grossen Dosen verabreicht: nach zwei Monaten war der Kranke vollständig genesen. Vorliegender Fall muss nach der Ansicht Pedicini's den seltensten Formen der Spinalsyphilis beigezählt werden; selten wegen der Beschränkung des Processes auf die eine laterale Hälfte des Rückenmarkes und sehr selten, wenn nicht einzig dastehend, wegen der in relativ sehr kurzer Zeit eingetretenen Heilung. Bezüglich der weitläufigen Begründung, dass man es hier nicht mit einer durch ein Gumma bedingten Compressions-Myelitis, sondern mit einer Myelitis transversa auf luetischer Basis zu thun gehabt habe, verweisen wir auf das Original. Dornig.

Ormerod (3) publicirt einen Fall von multipler Gummabildung innerhalb der Varolsbrücke. Ein derartiger Tumor nahm die Gegend des rechten Abducenskernes ein. Die sehr frühzeitig, d. h. bald nach Eintritt anderer motorischer Störungen auftretende Parese der Augenmusculatur entsprach diesem Befunde durchaus. Der Kranke war taub; die Bildung der Sprachlaute war defect; der Patient litt an einer motorischen Lähmung aller Extremitäten. Neuritis optica fehlte auffallender Weise. Die specifische Therapie erzielte keine Besserung mehr; der Tod trat etwa ein Jahr nach den ersten Zeichen dieses Leidens ein. Friedheim.

Einer kurzen Besprechung des überaus seltenen Auftretens luetischer Erkrankungen der Medulla oblongata und des Rückenmarkes, und der Schwierigkeit, sie zu diagnosticiren, lässt Mauriac (4) eine ebenso kurze Schilderung der diffusen Myelosyphilosen folgen. Ausführlichere Besprechung widmet er der Tabes, je nachdem dieselbe mit oder ohne locomotorische progressive Ataxie auftritt, ihrer Häufigkeit, der Aetiologie, ihrem Verhältnisse zur Lues, ohne Neues dabei zu bringen. Galewsky.

Reynold (5). Erster Fall. Spastische Paraplegie mit leichten Sensibilitätsstörungen. Letztere mehr auf der einen, die motorischen Symptome mehr auf der anderen Seite ausgesprochen. Diagnose: Wahrscheinlich auf Endarteriitis beruhende transversale Myelitis in der Höhe des zehnten Dorsalnerven. Zweiter Fall. Atrophische Paralyse. Diagnose: Gumma in der Gegend des fünften Lumbar- und ersten Sacralnerven. Dritter Fall. Atrophische Paralyse im Bereiche des fünften rechten Cervicalnerven, und des fünften Lenden- und ersten und zweiten Sacralnerven, beiderseits mit atrophischer Paralyse der Unterschenkel- und Fussmusculatur. Diagnose: Syphilitische Pachymeningitis. Arning.

Strümpell (6) fasst die Tabes und progressive Paralyse als postsyphilitische Nervenerkrankungen auf, hervorgerufen durch secundäre, auf chemischer Giftwirkung beruhende Degenerationsvorgänge. Beide sind ihm nur verschiedene Localisationen desselben Krankheitsprocesses. Strümpell bringt diese Erkrankungen in Analogie zu den postdiphtheritischen und posttyphösen Lähmungen, bei denen die Nervendegeneration ja ebenfalls als bedingt durch chemische Krankheitsproducte erachtet werden.

Sternthal.

Lydston (7) weist auf die mannigfachen Beziehungen der Syphilissymptome zu organischen und functionellen Störungen des Nervensystems, insbesondere des Sympathicus hin. Zunächst glaubt er, das inconstant auftretende Fieber bei Syphilis auf eine specifische Alteration der Ganglienzellen des Sympathicus beziehen zu können. Die Symmetrie peripherer Symptome der Syphilis weist auf eine Störung im Centralnervensystem hin; dahin gehören auch die Kopfschmerzen und die Alopecie bei Lues. Auch die Knochennekrose führt er auf trophoneurotische Vorgänge zurück.

Ledermann.

Nikiforow (8) berichtet über einen, einen 63jährigen Bauer betreffenden Fall von syphilitischer Affection des hinteren Segels der Mitralis, in welchem bei Lebzeiten nur Arhythmie und Hydrops zu constatiren war; post mortem fand man: gummöse Affection des linken Ostium venosum an der Basis des hinteren Klappensegels. Die Knoten grenzten an das Myocardium; Atheromatose der Aorta, Vergrösserung und albuminoide Degeneration des Herzens, Hydropericardium und Hydrothorax, Ascites, Anasarca. Lungenödem links, Pleuritis dextra, syphilitische Stenose der Trachea; interstitielle Hepatitis, Splenitis und Nephritis; ferner allgemeine Induration der Lymphdrüsen. Szadek.

Buchwald (9) vertritt die Ansicht, dass die Syphilis auf Entstehung der Aortenaneurysmen einen grossen Einfluss haben. Er stützt sich dabei auf die Literatur der Aneurysmen und auf zwei eigene Fälle, welche er mittheilt. Bei häufiger mikroskopischer und makroskopischer Untersuchung der Gefässe von syphilitischen Kranken werde man überhaupt finden, dass viel häufiger die Aorta und die anderen Arterien von Lues ergriffen werden, als die Hirnarterien. Arteriae radiales und temporales sind häufig bei jungen Leuten, welche syphilitisch waren, hart und geschlängelt und es sind auch die Beschwerden der Gefässdegeneration vorhanden. Eine antisyphilitische Cur mildert die Beschwerden und lässt die Gefässveränderungen zurückgehen, ein Beweis, dass es sich um eine specifische Erkrankung gehandelt hat. — Die syphilitischen Erkrankungen des Herzens selbst werden zweifellos allgemein angenommen, doch herrscht bezüglich der klinischen Diagnose der syphilitischen Erkrankung wenig Einigkeit. Es handelt sich einmal um Gummigeschwülste, anderntheils um schwielige Myocarditis. Verfasser bespricht die pathologisch-anatomische Literatur der Syphilis des Herzens und fragt, ob die syphilitische Myocarditis unter dem Bilde der aus anderen Ursachen entstehenden verlaufe oder pathognomonische Zeichen gebe. Die Lehrbücher bieten hierüber differente Meinungen. Verfasser hat in den letzten sechs Jahren 20 Fälle behandelt, die er als sicher auf Syphilis beruhend ansieht. Sie betreffen ausschliesslich Männer der besseren Classen im Alter vom Ende der Zwanziger bis Anfang der Vierziger Jahre. Die Infectionszeit lag 5—20 Jahre, meistens aber 6—10 Jahre vor Beginn der Herzbeschwerden. Ein Theil hatte zwischendurch an Hautdrüsen-Affectionen gelitten, andere waren ohne Symptome gewesen. Die meisten sahen sehr gut aus. Einige wiesen jedoch Anämie und Kachexie auf. Bei 3 Kranken entwickelte sich ohne neue Erkrankung, speciell ohne Rheumatismus, eine

deutliche Klappenerkrankung, Aorten- und Mitralinsufficienz. In allen Fällen war Nikotismus, Alkoholmissbrauch, Gelenksrheumatismus mit Sicherheit auszuschliessen. Die syphilitische Cur war in vielen Fällen von bestem Erfolge. Die Untersuchung ergab fast in allen Fällen Irregularität des Herzens, ebenso Herzhypertrophie und Veränderungen an dem peripheren Gefässsystem, wie sonst nur im höheren Alter. Sternthal.

In dem Fall von Raynaud'scher Krankheit, über welchen Morgan (10) berichtet — es handelte sich um einen 28jährigen, an tertiärer Syphilis leidenden Mann — bewies der Erfolg der antisyphilitischen Behandlung die luetische Natur der Krankheit; unter 93 aus der Literatur zusammengestellten Fällen war Lues nur in einzelnen wenigen Fällen zu finden.

De Renzi (11) hebt, anlässlich eines Vortrages, in welchem er die Anschauung Hayem's von der renalen Natur der paroxysmatischen Hämoglobinurie auf Grund von Versuchen bekämpft und für die Auflösung der rothen Blutkörperchen im Blute eintritt, hervor, dass bei einer von ihm beobachteten Kranken nach einer kurzen Hg-Cur eine wesentliche Besserung eintrat, ohne dass eine syphilitische Infection zu eruiren war. Er meint darnach, dass es sich entweder um eine hereditäre Lues gehandelt haben oder dass Hg auch bei der nicht luetischen Hämoglobinurie von Erfolg sein muss. Jadassohn.

Decker (13) schildert folgenden Fall: Patient stammt von gesunden Eltern, ist selber nie krank gewesen, inficirte sich wahrscheinlich Anfangs Sommer 1888, bekam die ersten Allgemeinerscheinungen August 1888. Im October treten die ersten Erscheinungen einer Chorioretinitis und Neuritis auf. Ende December, respective Anfang Jänner 1889 die ersten Symptome des Diabetes mellitus, vermehrter Durst und gesteigerte Harnabsonderung, gleichzeitig mit einem Hautsyphilid. Der Diabetes trat also nach der Infection auf und bald nachdem die ersten Anzeichen einer inneren Augenkrankheit bemerkt waren. Mit Ausnahme der ersten zwei Tage, an denen antidiabetische Diät verordnet wurde, genoss Patient seine gewöhnliche Nahrung. Trotzdem heilte der Diabetes allein unter Schmiercur (0·4 pro die). Verfasser nimmt an, dass das Zuckerharnen durch eine syphilitische Gefässerkrankung am Boden des vierten Ventrikels bedingt gewesen sei und meint, dass in diesem Falle die syphilitische Erkrankung der inneren Augenhäute und das Zuckerharnen als die ersten Zeichen einer syphilitischen Hirnarterienerkrankung aufzufassen wären. Sternthal.

Lustgarten (14) weist an der Hand selbst beobachteter und von anderen Autoren beschriebener Fälle darauf hin, dass eine grosse Anzahl von Drüsengeschwülsten, oft den Charakter bösartiger Tumoren repräsentirend, auffallend schnell einer antisyphilitischen insbesondere Jodcur weichen und unschwer als Gummata aufzufassen sind. Auffallend dabei ist die Verschlechterung des Allgemeinbefindens, die bei diesen Zuständen beobachtet wird und die ihre Ursache in den nahen Beziehungen zwischen den Lymphdrüsen und der Blutbereitung findet. Am häufigsten befällt die Spätlues die Leistendrüsen, in zweiter Reihe die Halsdrüsen, besonders die Submaxillar- und Infra-Claviculardrüsen, selten die Cervical-, Axillar- und Cubitaldrüsen. Selten ist eine einzige Drüse erkrankt, gewöhnlich ganze Drüsenketten oder die Drüsen einer oder mehrerer Bezirke. Die Drüsen erscheinen als rundliche oder ovale elastische, manchmal harte Tumoren, von höckeriger Oberfläche; sie stellen sich dar als central erweichte, zuweilen fluctuirende, manchmal auch verkäste Massen. An Grösse können sie eine Orange erreichen, meist sind sie von der Grösse einer englischen Wallnuss. Gewöhnlich schmerzlos oder nur auf Druck empfindlich, können sie zuweilen heftige, lancinirende Schmerzen

des Nachts verursachen. Obwohl Anfangs von einander isolirt abgrenzbar, können sie später zu grossen, Gefässe und Nerven in sich bergenden Haufen zusammenschmelzen und dem Versuche, sie operativ zu entfernen, grosse Schwierigkeiten in den Weg legen. Auch die Haut, anfangs leicht verschieblich, kann mit der Drüsenkapsel verwachsen und später entweder exulceriren oder gangränös abgestossen werden. Die Affection verläuft meist chronisch. Die Drüsen können jahrelang hart bleiben, zuweilen jedoch schon nach Monaten erweichen. Im Beginne der Affection ist Leukocytose beobachtet (Virchow). Bei längerem Bestehen, besonders bei Befallensein mehrerer Drüsen ist Oligämie beobachtet, die nicht selten zu kachektischen Zuständen führt. Das Alter der Kranken variirt zwischen 11 und 35 Jahren. Eine antisyphilitische Cur führte in allen Fällen Heilung herbei. In allen zweifelhaften Fällen lässt sich daher die Diagnose „e juvantibus“ stellen.
Ledermann.

Ranschoff's (15) Fall ist darum von Interesse, weil es sich um eine Keratitis parenchymatosa bei einer Frau mit acquirirter Lues handelte, und nur ein Auge von der Keratitis befallen war, welche auf Einreibungen mit Ung. cinereum zur Heilung kam. Ein halbes Jahr nach Beendigung der Cur traten an dem anderen Auge chorioideale Herde auf, die ebenfalls einer Schmiercur wichen. In der Anamnese waren Symptome von Lues aufzufinden, doch konnte der Infectionstermin nicht genau eruirt werden; wahrscheinlich lag er über 10 Jahre zurück. Jadassohn.

Im Anschlusse an die Veröffentlichung 7 klinischer Beobachtungen gummöser Lymphadenitis theilt Sanguineti (16) die Ergebnisse der histologischen Untersuchung mit, welche er in Gemeinschaft mit Risso an einem exstirpirten Lymphdrüsengumma der Inguinalgegend angestellt hat. Er fand eine beträchtliche Anhäufung leukocytärer Zellen im Drüsenparenchym und eine auffallende Verdickung der Wandungen der Arterien und Venen mit Verengerung und Obliteration des Gefässlumens. Auf letzteren Befund legt Sanguineti ein besonderes Gewicht, da er ihm für die gummöse Form der Drüsenaffection bezeichnend erscheint; nicht als ob die Gefässobliteration als solche charakteristisch wäre, denn sie kommt bei der Adenopathie der Secundärperiode ebenfalls vor; sondern deshalb, weil es sich nicht um eine einfache leukocytäre Thrombose, sondern um eine wahre, vollkommen organisirte Endo- und Periarteriitis obliterans handelte. Damit will er durchaus nicht gesagt haben, dass besagte Endarteriitis ausschliesslich der Syphilis zukomme: finde sie sich jedoch neben anderen Läsionen syphilitischer Provenienz älteren oder jüngeren Datums, dann könne über die Natur der fraglichen Affection kein Zweifel mehr bestehen. Dornig.

Scotti (17) erörtert in der Einleitung zu seiner Abhandlung über eine von ihm vorgeschlagene Modification der Herniotomie das Verhältniss der Darmsyphilis zu den incarcerirten Hernien, wobei er besonders hervorhebt, dass syphilitische Intestinal-Läsionen, namentlich Darmgummen, nicht selten partielle Entzündungen hervorrufen und damit zur Bildung organisirter Exsudate und Adhäsionen Veranlassung geben können, durch welche das topographische Verhältniss der einzelnen Abschnitte des Darmrohres zu einander, zum parietalen Blatte des Peritoneum und zu den übrigen Baucheingeweiden wesentliche Modificationen erfahre, die bei Incarceration einer Hernie besondere Wichtigkeit erlangen können. Die weiteren Abschnitte der Abhandlung Scotti's sind nur für den Chirurgen von Interesse. Dornig.

Eine klinische Vorlesung, die meist Bekanntes bringt. Hervorzuheben wäre, dass Alkoholismus nach Mauriac's (18) Ansicht die Lebersyphilis wesentlich fördert und eine „Cirrhose syphilitico-alcoolique“ erzeugt.
Finger.

Stewart (19) demonstrirte das Gehirn eines Kranken, der plötzlich an Gehirnlues verstorben war. Während des Lebens bestanden Symptome von Leberabscess mit Durchbruch in die Lunge und später paralytische Erscheinungen, hervorgerufen durch Metastasen ins Gehirn. Der gesammte Krankheitsprocess hatte Syphilis als Ursache. Ledermann.

J. W. Ballautyne (20) demonstrirte eine syphilitische, mit miliaren Gummata durchsetzte Leber von einem neugeborenen Kinde, das, von einer syphilitischen Mutter stammend, alle äusseren Zeichen der congenitalen Syphilis darbot. Bei der Eröffnung des Abdomens fiel die sehr vergrösserte Leber auf. Sie hatte eine dunkelbraunrothe Farbe, elastische Consistenz. Die Oberfläche war mit einer grossen Zahl kleiner, runder, grauweisser Flecke bedeckt. Dieses Bild erschien auch auf der Schnittfläche der Leber. Die kleinen, den Flecken entsprechenden Körnchen hatten selten einen grösseren Durchmesser als einen Millimeter und konnten nicht aus dem Lebergewebe herausgeschält werden, da sie unmittelbar damit zusammenhingen. Die Gallenblase war klein, collabirt und fast vollständig von dem rechten Leberlappen überdeckt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass das interlobuläre und um die Aeste der Vena portarum herumliegende Bindegewebe beträchtlich vermehrt war. Die Leberzellen waren stark granulirt, aber nicht verfettet und an gewissen Punkten, besonders unter der Glisson'schen Kapsel und in den interlobulären Spatien waren Haufen von granulirten Zellen, die von kleinen, runden, lymphoiden Zellen umgeben und von einer fibrösen Kapsel eingeschlossen waren. Bei manchen dieser Zellgruppen hatte das Centrum ein käsiges Aussehen und bei vielen von ihnen konnte man deutlich spitze, margarinähnliche Krystalle beobachten. Diese Zellgruppen mit dem verkästen Centrum bildeten die kleinen, weisslichen, mit blossem Auge sichtbaren Körner. Ledermann.

Andronico (21) bot sich in zwei Fällen von recenter Lues die seltene Erscheinung einer primären, nicht vom Hoden fortgeleiteten syphilitischen Epididymitis. Dieselbe entwickelte sich latent und präsentirte sich unter der Form von gruppirten, harten, etwas elastischen, beweglichen, gegen Druck schmerzhaften, erbsen- bis haselnussgrossen Knoten, welche nicht vereiterten, sondern sich auf eine specifische Behandlung involvirten. Nach der Darstellung Andronico's tritt die primäre syphilitische Epididymitis zwischen dem dritten und vierten Monat nach der Infection auf und bildet eine Begleiterscheinung einer schweren Lues. Im Gegensatze zur blennorrhoischen Nebenhodenentzündung ergreift die syphilitische nicht den Schweif, sondern hauptsächlich den Kopf des Nebenhodens. Andronico behandelt diese luetische Manifestation mit Calomel-Injectionen in das Scrotum. Dornig.

Leroy (22) berichtet über einen Fall von Nephritis, welcher bei einer 46jährigen Prostituirten im sechsten Jahre ihrer Lues auftrat. Die Nieren zeigten interstitielle Erkrankung zusammen mit amyloider und hyaliner Degeneration. Leroy bespricht im Anschluss hieran die Häufigkeit der amyloiden Degeneration im Allgemeinen. Bei dem Leroy'schen Fall war besonders die Aorta hyalin degenerirt und diese Erkrankung scheint eine beträchtliche Rolle zu spielen für die Entwickelung von Aorten-Aneurysmen bei Syphilitikern. Galewsky.

Stravino (23) fasst die Ergebnisse seiner Arbeit über Syphilis des Herzens folgendermassen zusammen: 1. Die Syphilis, eine chronisch verlaufende Infectionskrankheit, erzeugt bei Unterlassung einer specifischen Behandlung materielle Läsionen in den verschiedensten Organen. 2. Vom klinischen und anatomischen Gesichtspunkte betrachtet, beschränkt sich

die Invasion in der ersten Periode auf oberflächliche Manifestationen entzündlichen Charakters mit resolutiver Tendenz; in der consecutiven, der sogenannten visceralen oder tertiären Periode werden die Parenchyme und Organe in ihrer Integrität getroffen, wobei der Process nicht, wie in der vorangehenden Periode zur Resolution führt, sondern den Ausgang in Degeneration und Ulceration nimmt. 3. Das Herz bleibt gleich der Leber, den Nieren u. s. f. von den deletären Attaquen der Syphilis nicht verschont; unter den verschiedenen Organ-Erkrankungen bilden jene der Gefässe eines der interessantesten Capitel in der Pathologie der Syphilis. 4. Die sklerotischen Processe und die gummösen Geschwülste können zu Verwüstungen und Zerstörungen des Myocardiums führen, welche den Tod des Individuums zur Folge haben können. Dornig.

Turner (25) demonstrirte ein Herz, in dessen Wand sich ein ausgedehntes Gumma mit nekrotischem Centrum befand. Die Geschwulst verengte beträchtlich die Pars infundibuliformis ventriculi dextri, drei Viertel Zoll von den Pulmonalklappen entfernt, und wölbte sich in den linken Ventrikel vor. Die rechte Coronar-Arterie war offen, die linke durch einen Thrombus verschlossen zeigte stark verdickte Wände. Ausserdem fand sich in den Hoden ein erbsengrosser Knoten; sonst waren keine Zeichen von Lues zu finden. Die Anamnese ergab syphilitische Infection vor zehn Jahren. Die Präparate stammten von einem 37jährigen Manne, der seit einigen Jahren an Präcordialangst, Palpitation und Schwindel gelitten hatte. Bei seiner Aufnahme hatte er einen Puls von 52, der jedoch bis zu seinem vier Wochen später erfolgten Tode immer langsamer wurde, am Tage vor seinem Tode 42 betrug. An der Basis des Herzens wurde ein systolisches Geräusch gehört. Ledermann.

Burgess (26). Demonstration von Schnitten eines Sehnensyphiloms von einem an Phthise verstorbenen Kranken, der sechs Jahre vorher an Paraplegie gelitten hatte, die unter einer antisyphilitischen Cur schnell zurückgegangen war. Ledermann.

Philips (27) demonstrirt eine syphilitische Gelenkaffection an einem 14jährigen Mädchen, das vor sieben Jahren inficirt worden war. Nach einer gummösen Schwellung am rechten Beine, welche vor zwei Jahren aufgetreten und unter Quecksilberbehandlung zurückgegangen war, hatte sich vor Kurzem eine schmerzlose Anschwellung des rechten Kniees ausgebildet. An der syphilitischen Natur des Leidens besteht nach Philips kein Zweifel. Friedheim.

Mauriac (28). Eine klinische Vorlesung über Arteriitis syphilitica der Gehirnarterien mit ausführlicher Schilderung der bekannten anatomischen und klinischen Verhältnisse. Finger.

Mauriac (29) ist der Ansicht, syphilitische Aneurysmen seien nicht so selten. Doch die Thatsache, dass bei einem Syphilitischen ein Aneurysma sich entwickelt, das auf Antisyphilitica heilt, beweise noch nicht die syphilitische Natur. Hierzu seien noch erforderlich: 1. Frische Infection bei jungem Individuum, das noch nicht an gewöhnlicher Arteriosklerose leidet. 2. Exclusion hereditärer Anlage, Rheumatismus, Gicht. 3. Ausschluss aller auf die Aorta wirkenden hygieinischen, professionellen, traumatischen Einwirkungen. 4. Anderweitige Syphiliserscheinungen. 5. Effect antisyphilitischer Therapie. Finger.

Bonisson (30). Ein 35 Jahre alter Mann wird bewusstlos, mit rechtsseitiger Hemiplegie ins Hospital gebracht und stirbt 14 Stunden später. Die Section ergibt Zerstörung der linken Hirnhemisphäre durch Blutung.

Arteriitis der basalen Hirnarterien ohne Obliteration. In der linken Herzkammer ein Polyp mit centraler eiteriger Schmelzung, Erweiterung der Herzkammer, Pericarditis an ihrer Aussenseite. Atherom der diese Herzhälfte versorgenden Coronar-Arterie. Keine Zeichen von Syphilis. Doch sieht Bonisson das Atherom als syphilitisch an. Finger.

Létienne (31). Ein 33 Jahre alter Mann war mit 21 Jahren syphilitisch inficirt. Ende 1888 klagte er über Neuralgien in den Lenden und der linken Bauchgegend, die an Heftigkeit sehr zunahmen. Plötzlicher Tod. Die Section ergibt ein in die linke Pleurahöhle geplatztes Aneurysma der Brustaorta, Arrosion des elften und zwölften Brust- und ersten Lendenwirbels. Bauchaorta erweitert. Finger.

Hess (32) berichtet über eine 38jährige Kranke, welche seit einem Jahre an Anfällen von partieller Epilepsie leidet, welche mit Aphasie einhergehen und ungefähr $^3/_4$ Stunden andauern. In der letzten Zeit häufigeres Auftreten der Anfälle. Es besteht Gedächtnissschwäche, Verlangsamung der Aussprache, das Beklopfen des Schädels ist schmerzhaft, die Pupillenreflexe sind nicht vorhanden. Der Gang ist trüb, ohne Intentionszittern. Die Sensibilität auf Berührung ist aufgehoben von den Füssen bis zum Gürtel, auf Schmerz im Allgemeinen links vermindert. Die Patellar-Reflexe sind links gesteigert. Die per exclusionem gestellte Diagnose ist: Bilaterale luetische Meningitis, im Niveau der motorischen Centren, im Niveau des Sprachcentrum und der Stirnwindungen. Galewsky.

Oestreicher (33). Angeregt durch Oppenheim's Vortrag „Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems" veröffentlicht Oestreicher die Krankengeschichte eines Patienten, den er in der Maison de santé zu Schöneberg beobachtet hat. Der Patient erkrankte auf der Reise unter den Erscheinungen einer acuten Indigestion, mit Erbrechen, Uebelkeit, Benommensein des Kopfes. Dazu kamen Sprachstörung, hochgradige Verwirrtheit und tobsüchtige Erregung. Freunde des Patienten consultiren einen Arzt, welcher in der Annahme einer Paralyse die Ueberführung in eine Irrenanstalt räth. Hier macht der Zustand hochgradigster Erregung die Untersuchung zunächst unmöglich. Bald jedoch wird der Patient ruhiger; er kann aber weder lesen noch schreiben, gibt unsichere Antworten und spricht öfter anders als er beabsichtigt. Die Pupillen sind eng, reagiren weder auf Lichtreiz, noch bei der Accommodation. Patellarreflex fehlt. Anamnestisch ergibt sich, dass vor 16 Jahren eine Lues acquirirt ist. Diagnostisch wird Paralyse ausgeschlossen, da Patient bald nach der Aufnahme klarer wurde, und die Aphasie sich nicht als eine motorische erwies. Ebenso wurde Hirnabscess ausgeschlossen, da kein Fieber vorhanden war, und Trauma oder Ohrenfluss fehlten. Für einen Tumor fehlten die Stauungspupille, Druckerscheinungen, sowie die stetig zunehmende Benommenheit. Es wurde also angenommen, dass Syphilis die Ursache der Erscheinungen sei, und zwar dachte man an eine Embolie des hinteren Astes der Art. foss. Sylv. Die bald eingeleitete antisyphilitische Injectionscur hatte den besten Erfolg, nach vier Wochen war keine Störung des Gedächtnisses oder der Intelligenz vorhanden, ebenso keine Spur einer Sprachstörung aufzuweisen. Die Patellarreflexe fehlten weiter. Interessant war das Verhalten der Pupillen. Während Anfangs, wie bemerkt, die Pupillen eng contrahirt waren, tritt nach einigen Tagen Differenz derselben zu Tage, die rechte grösser als die linke, reagirt träge auf Lichteinfall, die linke ist völlig starr. Nach einigen weiteren Tagen reagiren beide auf Lichteinfall und bei Accommodation. Die Differenz besteht fort. Wieder nach einigen Tagen erweitern sich die Pupillen auf Lichteinfall und contrahiren sich bei Lid-

schluss. Dieses paradoxe Verhalten besteht in wechselnder Intensität bis zu Entlassung des Patienten. Stein.

Moret (34). Beschreibung eines Falles von Lues, in welchem ein Monat nach Auftreten des Schankers (derselbe war vollständig unbehandelt geblieben) Schmerzen in den Gliedern, Kopfschmerzen und nächtliche Delirien auftreten. Im Verlauf von zwei Tagen wiederholte Contracturen des linken Armes, den zweiten Tag (bei specifischer Behandlung) allgemeine Contracturen, Coma, mit Exitus am folgenden Tage. Die Autopsie ergab Hämorrhagie in den Meningen der Fissura interhemispherica, rechterseits in ihrem hinteren Drittel, entstanden in Folge Ruptur einer Arterie; Meningen im Allgemeinen injicirt, keine arteriellen Läsionen. Galewsky.

Nach Gilbert und Lion (35) können vom dritten Monat der Infection an luetische Erkrankungen des Rückenmarkes und seiner Häute auftreten, welche sich als specifisch theils durch die Antecedentien, theils durch den Erfolg der specifischen Therapie, theils durch die Autopsie etc. nachweisen lassen. Diese Läsionen treten relativ häufiger vom dritten bis sechsten Monat als in den späteren Monaten auf, und verdienen also (bis zum Ende des zweiten Jahres) die Bezeichnung einer „Syphilis médullaire précoce“. Sie treten am häufigsten bei Männern auf, gewöhnlich im Verlauf einer ungenügend behandelten Syphilis. Blitzartige, lancinirende Schmerzen in den unteren Extremitäten, allgemeine Sensibilitätsstörungen, Gürtelgefühl etc. zeigen häufig die Entwickelung der Krankheit an; Paraplegien, oft begleitet von Steigerung des Patellarreflexes, Störungen der Se- und Excretionsorgane können den Beginn der Krankheit bezeichnen, selten erstrecken sich die Störungen auch auf die oberen Extremitäten, zuweilen gesellen sich cerebrale Erscheinungen hinzu (syphilis cérébro-spinale précoce). Oft kann durch Hinzutreten von Nystagmus, Ataxien, Atrophien der Muskeln etc. das Krankheitsbild einer progressiven locomotorischen Ataxie oder einer disseminirten Herdsklerose vorgetäuscht werden. Die Entwickelung der Krankheit kann acut, subacut oder chronisch sein. In der Hälfte der Fälle heilt sie bei andauernder und energischer gemischter Behandlung, in der anderen Hälfte endet sie ungeheilt, als chronische unheilbare Erkrankung oder mit dem Tode, charakterisirt durch Bulbärsymptome oder Plaques von disseminirter Gangrän etc. Pathologisch-anatomisch lassen sich vier Unterabtheilungen aufstellen: 1. La méningo-myélite hyperhémique et nécrobiotique (charakterisirt durch Congestion und Vermehrung der Gefässe der Medulla und ihrer Häute, welche Ernährungsstörungen der nervösen Elemente und Erweichung des Markes herbeiführt). 2. La méningo-myélite embryonnaire, charakterisirt durch eine celluläre Hyperplasie, durch Diapedese und Exsudationen aus den Gefässen, welche schliesslich die Entstehung eines aus Fibrin und Leukocyten bestehenden Dépôts unter der Pia bewirken. 3. Eine méningo-myélite diffuse scléreuse mit hauptsächlicher Bindegewebsvermehrung um die Gefässe herum, 4. und endlich eine méningo-myélite gommeuse. Galewsky.

Mitchell Clarke (38) beschreibt ein auf Syphilis zurückzuführendes Gehirnleiden bei einem 47jährigen Manne, der vor 30 Jahren bereits inficirt worden war. Der Kranke litt ein halbes Jahr an Anfällen von Bewusstlosigkeit, an heftigem, namentlich linksseitig localisirtem Kopfschmerz und an Muskelkrämpfen, welche jene Anfälle begleiteten. Letztere wiederholten sich immer häufiger; eine Hemiplegia dextra blieb bestehen. Der Kranke wurde schwerhörig, und es bildete sich eine schwache motorische Aphasie aus. Neuritis optica fehlte. Bemerkenswerth war der stetige Ausgang der Muskelkrämpfe von der rechten grossen Zehe aus. Die Reflexe blieben

andauernd erhöht. Der Zustand des Kranken, welcher durch die gesteigerte Häufigkeit der Anfälle trotz energischer antispecifischer Behandlung unerträglich wurde, forderte schliesslich zu einem operativen Eingriffe auf, der in der Trepanation in der Gegend der Fissura Rolandi linkerseits bestand. Die Dura mater zeigte sich weiss, opak, ohne Pulsation; von ihr ausgehend erstreckte sich ziemlich weit ein weisser harter Tumor. Die Hirnwindungen in der Umgebung waren normal. Nach Reposition des trepanirten Schädeltheiles blieb innerhalb der ersten vier Tage das Befinden vortrefflich: keine Muskelkrämpfe, Kräftigung des rechten Armes und Beines. Vom sechsten Tage an trat eine ungünstige Wendung ein, der Kranke wurde comatös; es erfolgte der Exitus letalis. Es hatte sich unterhalb der eröffneten Schädeldecke eine umfangreiche jauchige Abscesshöhle gebildet, die gewiss zu einer allgemeinen septischen Infection Anlass gegeben hatte und vielleicht in einem ursächlichen Zusammenhange zur Reposition des trepanirten Schädelstückes gestanden hatte. Der histologische Befund ergab einen ungemein chronisch verlaufenden syphilitischen Process. Friedheim.

Dabney (39) sagt in einer Discussion „über den Werth der Augensymptome bei der Diagnose der Syphilis", dass Ophthalmoplegia interna, Paresis musculi constrictoris iridis et accommodationis immer in hohem Grade den Verdacht auf Syphilis erwecken. Ledermann.

Suckling (40) demonstrirte einen 27jährigen Mann mit schwerer rechtsseitiger Hemiplegie. Rechts deutlicher Fussclonus vorhanden. Patient völlig sprachlos, brachte nur unarticulirte Laute hervor; ja und nein wurde durch Nicken oder Schütteln des Kopfes ausgedrückt. Er verstand Alles, was ihm gesagt wurde. Er hatte Syphilis gehabt; seine Hemiplegie war unter heftigen nächtlichen Kopfschmerzen entstanden. Suckling unterscheidet verschiedene Arten von Hirnsyphilis: In der einen gehen der Hemiplegie apoplectiforme Anfälle voraus. Die Prognose ist gut. Nur bei Mangel an Behandlung bleibt die Lähmung persistent. Bei einer anderen Form folgt die Hemiplegie Anfällen von Jackson'scher Epilepsie, was auf einen gummösen Process in der motorischen Region der Hirnrinde hinweist. Diese Form wird leicht diagnosticirt und ist einer energischen Behandlung zugänglich. Bei einer dritten Form entsteht die Hemiplegie ganz plötzlich mit oder ohne Aphasie. Sie entsteht in Folge Thrombose einer syphilitisch erkrankten Arterie und ist der Behandlung ganz unzugänglich. Kopfschmerz fehlt zuweilen; der letztgenannten Art rechnet Suckling den vorgestellten Fall zu. In allen solchen Fällen räth er zu sorgfältiger Untersuchung des Augenhintergrundes, da Neuritis optica und Chorioiditis oft vorhanden sind. Ledermann.

Vermel (41) bekämpft die Anschauung, als ob Tabes und Paralyse unmittelbare Folgen der Syphilis wären, indem er zunächst die Bedeutungslosigkeit der statistischen Erhebungen betont und dann auf die Analogie der nervösen Erkrankungen nach Diphtherie und ähnlichen Erkrankungen und auf die bekannten Versuche Mendel's und Fürstner's (experimentelle Erzeugung der Paralyse bei Hunden) gestützt, den Nachweis zu führen versucht, dass die Syphilis nur ein prädisponirendes Moment bilde, indem sie das Gefässsystem schädige und damit weniger widerstandsfähig gegenüber anderen Reizen (Erkältung etc.) mache. Da nun auch das Mercur eine schädliche Wirkung auf das Gefässsystem habe, so wäre es nicht wunderbar, dass antisyphilitische Behandlung bei Tabes und Paralyse geradezu schädlich wirkt. Jadassohn.

Hereditäre Syphilis.

1. **Hochsinger.** Die Schicksale der congenital-syphilitischen Kinder. — Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 45 u. ff.

2. **Boeck** O. Hereditäre Syphilis in der zweiten Generation. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 10.
3. **Mauriac.** Hérédo-Syphilis. — Gaz. des hôpit. 1889, Nr. 141.
4. **Cheminade.** Syphilis hereditaria tarda. — Ann. de derm. et de syph. 1889, 12.
5. **Amon.** Zur Kenntniss der hereditären Lues. — Internat. klin. Rundschau 1889, 48.
6. **Gardié.** Entwicklungshemmungen der Vorder- und Seitenstränge des Rückenmarks bei hereditärer Syphilis. — Thèse de Paris 1889.
7. **Meneault.** Der Pseudorhachitismus syphiliticus. — Thèse de Paris 1889.
8. **Talysin.** Syphilis und Rhachitis. — Russkaya medicina 1889, 1, pag. 4—6 (russisch).
9. **Sanguinet.** Die hereditäre Syphilis des Auges. — Thèse de Paris 1889.
10. **Legrand.** La syphilis cause d'avortement. (Thèse de Paris 1889.)
11. **Merz** L. Colles's Law. — Referat: aus „Archives de Tocologie". The Brit. Med. Journ., 12. April 1890.
12. **D'Heilly.** Syphilis héréditaire tardive. — Réun. clin. de l'hôpit. St. Louis, 13. Juni 1889.
13. **Smith** J. Lewis. Late hereditary syphilis. — New-York Pathol. Society, 22. Jänner 1890. The Med. Record, 5. April 1890.
14. **Cartaz.** Des accidents laryngés de la syphilis héréditaire tardive. — Communic. à la soc. franc. d'otologie et de laryngologie 1889.
15. **Bury** Judson. Brain disease in hereditary syphilis. — Manchester Med. Society, 5. März 1890. The Brit. Med. Journ., 15. März 1890,
16. **Ashby.** Brain from a case of congenital syphilis. Pathol. Society of Manchester. — The Brit. Med. Journ., 22. Februar 1890.
17. **Lannelongue.** Sarcocèle syphilitique chez les enfants. — (Bullet. méd., 9. Februar 1890, Nr. 12.)
18. **Suckling.** Syphilitic epiphysitis. — Midland Med. Society. The Brit. Med. Journ., 8. Februar 1890.

Hochsinger (1) berichtet über 265 an dem Ersten öffentlichen Kinderkranken-Institut in Wien behandelte Fälle hereditärer Syphilis, die durch längere Zeit — 63 Fälle länger als 4 Jahre hindurch — beobachtet wurden. Die Dauer der Einzelbeobachtung dieser 63 Fälle war ebenso eine sehr lange, so 1 Fall 20 Jahre, 1 Fall 19, 15, 4 Fälle 12, 3 Fälle 11 Jahre etc. Diese 63 Fälle betreffen durchwegs congenital-syphilitische Kinder, die im frühesten Kindesalter an Syphilissymptomen erkrankt, antisyphilitisch behandelt wurden, mit deren weiteren Schicksalen sich Verfasser nun beschäftigt. Verfasser hebt zunächst hervor, dass in diesen Fällen, deren Beobachtungsdauer, wie erwähnt von 4—20 Jahren schwankte, sich in keinem einzigen Falle Hutchinson'sche Zähne, parenchymatöse Rhachitis oder Taubheit vorfand, spricht also der Hutchinson'schen Trias jede charakteristische Bedeutung ab. Die Erscheinungen der Syphilis betreffend, die sich nach dem 4. Lebensjahre einstellten, sind noch in 10 Fällen, bis zum 6. Lebensjahre secundäre Manifestationen (Condylome) notirt. Nach dieser Zeit traten nur mehr gummöse Erscheinungen auf. 18 Kinder von den 63 erschienen vom 4. Lebensjahre an völlig wohl und gut entwickelt. Bei 25 weiteren waren von der Zeit ab keine manifesten Erscheinungen mehr zu constatiren, doch zeigten dieselben neben Residuen abgelaufener Lues, eingesunkener Nase, Narben am Lippenroth, ein Zurückbleiben in der Entwickelung, Verzögerung der Pubertätsentwickelung. Einen directen Zusammenhang von Syphilis und Scrophulose leugnet Hochsinger. Ebenso beobachtete er keinen einzigen Fall jener schweren gummösen Zerstörungen, die der tardiven Form zugeschrieben werden. Diesen leichten Verlauf führt Verfasser

auf die frühzeitige antisyphilitische, mercurielle Therapie zurück. (Uebrigens ist zu berücksichtigen, dass Verfasser doch nur 3 Fälle über das 12. Lebensjahr hinaus beobachtete, sich diese Erscheinungen aber gerade um die Pubertätszeit entwickeln, worauf die Patienten aber die Kliniken und Specialabtheilungen, nicht aber das in der Jugend frequentirte Kinderkrankeninstitut aufsuchen.) Mit Recht führt Verfasser den schweren Verlauf mancher seiner Fälle auf die nachweislich spät begonnene Therapie zurück. Von Pemphigus neonatorum sah Verfasser in 20, von Pseudoparalyse in 11 Fällen Heilung. Er betont daher die durch zweckmässige Therapie mögliche Heilung auch der schwersten Syphilisformen. Ein Fall scheinbarer Vererbung der Syphilis in die zweite Generation ist, da über den Vater des Kindes (Mutter und Kind hereditär-syphilitisch) keine Daten vorliegen, werthlos. Ebenso lässt sich die interessante Arbeit Hochsinger's für die Frage der Lues hereditaria tarda im engeren Sinne nicht verwerthen, da eben alle Kinder Hochsinger's schon im frühesten Alter Syphiliserscheinungen zeigten. Schliesslich kann sich Referent nicht versagen auf den grossen Contrast hinzuweisen, der in allen bisherigen Erfahrungen und Publicationen, die die hereditäre Syphilis als schwere, ja meist funeste Erkrankung hinstellen und dem leichten Verlaufe in Hochsinger's, 63 Fällen besteht. Zwischen Hutchinson's, Fournier's einerseits, Hochsinger's Beobachtungen andererseits besteht ein unüberbrückbarer Widerspruch, der nicht durch die Therapie allein zu erklären ist, sondern wohl in localen Verhältnissen — schwerem Verlauf der Syphilis in Frankreich und England — überhaupt zu suchen ist.

Finger.

Boeck O. (2) theilt einen wohl einzigen und in seiner Exactheit fast unanfechtbaren Fall von Uebertragung der Syphilis durch zwei Generationen mit. Die Grossmutter war 1854 an der Abtheilung von W. Boeck mit acquirirter Syphilis, Roseola und Plaques in Behandlung. Deren Tochter wurde 1860 zwei Monate alt, mit schwerer congenitaler Syphilis an derselben Abtheilung mit Syphilisation behandelt, zeigt jetzt noch deutliche Zeichen hereditärer Lues (Hutchinson's Triade). Diese Frau nun gebar am 7. December 1888 einen Knaben, der, zwei Monate alt, typische hereditäre Lues, Coryza, Plaques etc. zeigte. Boeck schliesst nun die zwei Möglichkeiten: a) einer Reinfection der Mutter, b) einer Syphilis des Vaters durch Anamnese und Untersuchung beider Eltern aus und kommt so zum Schlusse einer durch zwei Generationen vererbten Syphilis.

Finger.

Mauriac (3) gibt in diesem Aufsatze, einem Auszuge aus seinem vor Kurzem erschienenen Werke über tertiäre und hereditäre Lues, eine populär gehaltene Schilderung der Entstehung, des allgemeinen Verlaufes, Prognose und Therapie der hereditären Syphilis.

Cheminade (4) berichtet über einen Fall von Gumma an der hinteren Pharynxwand, das deren ganze Länge bis an den Aditus laryngis einnimmt, bei einem Patienten von 24 Jahren, der alle Zeichen hereditärer Lues darbietet; also Syphilis hereditaria tarda im Sinne Fournier's. Der Vater des Patienten scheint, aus der Anamnese zu urtheilen, luetisch gewesen zu sein. Patient selbst hat zahlreiche Zeichen zu verschiedenen Zeiten abgelaufener luetischer Affectionen, wie Narbe an der Cornea etc. Diagnose, Differentialdiagnose (gegenüber Lupus mit Tuberculose), Therapie (Heilung durch Jodkali) werden besprochen.

Finger.

Amon (5) berichtet über einen interessanten Fall wahrscheinlich hereditärer Lues bei einem $2^1/_4$ Jahre alten Knaben. Periostitis und oberflächliche Ostitis des rechten Seitenwandbeines. Incision, antiluetische Therapie bringt Besserung. Plötzlicher Tod des Kindes an Verblutung aus der

Nase. Die Section ergibt totale Nekrose des Siebbeines, Arrosion der Arteria sphenopalatina. Ist auch die Diagnose Lues in dem Falle nicht unwahrscheinlich, so muss doch gegen die Annahme einer Vererbung durch zwei Generationen (auf der Basis, dass beide Eltern acquirirte Lues leugnen, der Vater als Kind eine Periostitis durchmachte) als ungenügend begründet protestirt werden. Finger.

Gardié (6) führt all' die bekannten Entwickelungshemmungen bei Hereditärsyphilitischen: Kleinheit, Muskelschwäche, Muskelatrophien, Fehler ganzer Muskelgruppen, Contractur anderer, Unsicherheit und Incoordination der Bewegungen, Deformationen des Schädels, der Zähne, Erscheinungen, die als reine Entwickelungshemmungen ohne entzündliche Erscheinungen sich einstellen, oft an den oberen Extremitäten beginnen und allmälig auf die unteren übergehen, in frühester Kindheit sich einstellen, zurück auf eine Entwickelungshemmung jener Bahnen die, wie die Türk'schen Stränge und die Pyramidenbahnen, die motorische Grosshirnrinde mit den Vorderseitensträngen und dadurch die Muskeln verbinden sollen. Diese Hemmung sei Folge der Syphilis. Finger.

Meneault (7) bespricht als „syphilitischen Pseudorhachitismus" die verschiedenen Knochenerkrankungen hereditärer Syphilis, die zu der Rhachitis ähnlichen Knochendifformitäten führen können, und die Parrot verleiteten, den Rhachitismus ganz mit der Syphilis zu vereinen. Therapeutisch sind diese Formen wenig dankbar, nur sehr früh eingeleitete, am besten gemischte Behandlung vermag die Bildung von Verdickungen zu hindern, die schweren osteocopischen Schmerzen zu lindern, gummösem Zerfall zuvorzukommen. Finger.

Sanguinet (9) Die interstitielle Keratitis, die häufigste hereditärsyphilitische Augenaffection, entwickelt sich meist im Alter von 10—15 Jahren, häufiger bei Mädchen als bei Knaben, meist im Verein mit Taubheit und Zahndifformitäten. Die Iritis, selten, findet sich als chronische, öfters gummöse Iritis. Chorioiditis, Glaskörpertrübungen sind selten, Cataracta entwickelt sich nur als Secundaria bei Chorioiditis und Iritis, nie primär. Finger.

Der Abort tritt nach Legrand (10) im Verlaufe von Lues sehr häufig ein, gewöhnlich gegen den 7. Monat. Ist der Vater allein luetisch, so kann er die Erkrankung wohl auf das Kind übertragen, während die Mutter gesund bleibt. Sind Vater und Mutter luetisch, so erzeugen sie ein luetisches Kind. Die Erscheinungen der Syphilis treten bei dem Kinde einige Tage nach der Geburt auf, bisweilen auch erst ein Jahr später. Besonderen Werth legt Legrand mit Recht auf die specifische Behandlung der Schwangeren zur Vermeidung des Abortes. Galewsky.

Bei einer Besprechung des Colles-Baumés'schen Gesetzes erwähnt Merz (11) zunächst einen Fall, durch welchen das genannte Gesetz bestätigt wird. Ein von einem syphilitischen Vater stammendes hereditär-syphilitisches Kind mit frischen syphilitischen Eruptionen wird von seiner Mutter zunächst genährt, dann als die Milch der Mutter zu schlecht wird, einer Amme anvertraut. Die Letztere wird sechs Wochen später inficirt und acquirirt einen harten Schanker einer Brustwarze. Die Mutter des Kindes blieb gesund. Der zweite, bei Weitem interessantere Fall, welchen Merz bespricht, bildet eine der wenigen Ausnahmen gegen das Colles'sche Gesetz und daher einen wichtigen Beitrag zur Casuistik der Erbsyphilis. Die von Syphilis freie Frau eines syphilitischen Mannes bringt ein Kind zur Welt, das bald post partum deutliche Zeichen congenitaler Lues, insbesondere Plaques muqueuses an den Lippen darbietet. Mutter

und Kind werden einer specifischen Cur unterworfen. Nichtsdestoweniger acquirirt die Mutter an einer Rhagade der linken Brustwarze einen harten Schanker, der von Roseola, Plaques muqueuses der Wangenschleimhaut und Alopecie gefolgt ist. Da die Mutter über reichliche Nahrung verfügte, so nährte sie das Kind weiter. Nach Merz basirt das Colles'sche Gesetz auf der Thatsache, dass die Mutter von ihrem ungeborenen Kind allgemein inficirt wird, nur variirt der Grad der Infection. In einzelnen Fällen wird die Mutter gegen Lues, also auch gegen Infection von Seiten des eigenen syphilitischen Kindes immun, ohne selbst den Symptomencomplex der Syphilis zu zeigen. In anderen Fällen wird die Mutter während der Schwangerschaft inficirt. In manchen Fällen schliesslich ist die Infection zu schwach, um die Mütter gegen Infection während der Lactation zu schützen. (Auf einen der wichtigsten Gesichtspunkte verabsäumt Merz in seinem Aufsatze aufmerksam zu machen, wenigstens steht in dem Referat nichts davon, nämlich, dass dieser letztgenannte Fall eine der wenigen Stützen der Lehre von der paternen Syphilisvererbung ist. Will man nämlich den Nachweis führen, dass ein syphilitischer Vater im Stande ist, seine Krankheit mittelst des Sperma seinem Kinde zu übertragen, so müssen folgende Bedingungen erfüllt sein: Der Vater des Kindes muss zur Zeit der Zeugung syphilitisch sein, das Kind bald nach der Geburt Zeichen von hereditärer Lues darbieten, die Mutter muss nach der Geburt des Kindes frei von Lues sein d. h. sie darf vorher nie inficirt gewesen sein, was nur dadurch bewiesen wird, dass sie nach der Entbindung inficirt werden kann, da eine vorher schon syphilitisch inficirte Frau immun gegen Lues ist. Der zweite Fall von Merz erfüllt alle für den Beweis einer spermatischen Syphilisinfection des Fötus nothwendigen Postulate. Was nun die Erklärungsversuche der in der Mehrzahl der Fälle bestehenden Immunität solcher Mütter gegen Lues betrifft, so kann sich Referent nicht mit den Ausführungen des Autors zufrieden geben. Merz nimmt an, dass es sich um einen „geringen Grad" von Infection dieser Mütter Seitens des im Uterus schlummernden Fötus handelt. Nun die minimalste Menge syphilitischen Infectionsstoffes genügt, um bei jedem syphilisfreien Individuum eine symptomreiche Lues zu erzeugen. Wurde also wirklicher Infectionsstoff der Syphilis vom Fötus auf die Mutter übertragen, wenn auch in der geringsten Quantität, so würden solche Mütter unweigerlich Symptome von Lues darbieten und der Erklärung der Immunität keine Schwierigkeiten in den Weg legen. Es wird also sicherlich nicht das syphilitische Gift selbst, sondern eine Substanz übertragen, die zwar gegen Lues immun macht, aber nicht selbst Lues erzeugt. Welcher Art diese immunisirende Substanz ist, weiss man nicht; jedoch hat Referent schon vor Jahresfrist gelegentlich eines Vortrages „Ueber die Vererbungsgesetze der Syphilis" in dem physiologischen Vereine zu Breslau einen Erklärungsversuch gemacht. Referent glaubt, dass oft nicht die Syphilisbacillen selbst von dem Kinde auf dem Wege des Placentarkreislaufes zur Mutter übergehen, da die Placenta nur in seltenen Fällen den Durchtritt von Mikroorganismen gestattet, sondern die Stoffwechselproducte der Syphilisbacillen, vielleicht bestimmte Ptomaine, die im gelösten Zustande sich befinden und daher leicht vom Kind zur Mutter übertreten können. Diese Ptomaine, welche den mütterlichen Organismus durchseuchen, erzeugen selbst keine veritable Lues, machen aber den durchseuchten Organismus der Mutter gegen Syphilisinfection immun. Ref.) Ledermann.

D'Heilly (12) stellt einen Fall von Syphilis bei einem 14jährigen Mädchen vor. Die ersten Erscheinungen traten mit 9 Jahren auf als Ulce-

rationen am weichen Gaumen. Hierauf entstanden heftige Gliederschmerzen, besonders Nachts, dieselben, besonders in den unteren Extremitäten, waren von Verdickung und Krümmung beider Tibien begleitet, die gegenwärtig nachweisbar ist. Daneben Verdickung der Oberschenkelknochen, Verdickung der Gelenkenden der Schulter- und Ellenbogengelenke, Infantilismus, Vergrösserung der Leber nachzuweisen. Fournier bestätigt die Diagnose Syphilis, ob hereditär ist fraglich, er hat ähnliche Erscheinungen auch bei Kindern, die von ihren Ammen inficirt wurden, beobachtet. Jodkali wirkt in diesen Fällen auf den Schmerz günstig ein, vermag aber den Knochenprocess weder aufzuhalten, noch zu heilen. Finger.

Smith (13) demonstrirt verschiedene von einem 10jährigen Knaben stammende Präparate, dessen Anamnese Folgendes ergibt: Als Smith drei Monate vor dem Tode des Kindes zu dem Kranken gerufen wurde, erschien das Abdomen ganz bedeutend aufgetrieben und die Palpation ergab zwei getrennte Tumoren. Der erste war in der Nähe der Milz, der andere ging von der Leber aus und nahm über ein Drittel der Bauchhöhle ein. Im Cavum peritonei befand sich ein starker, seröser Erguss, der aus einer Verstopfung im Pfortadersystem resultirte. Fieber war nicht vorhanden. Die Mutter gab an, dass der bis vor 8 Monaten vollständig gesunde Knabe damals seinen Appetit verlor, abmagerte; zu gleicher Zeit schwoll das Abdomen an. Drei Wochen vor dem Tode konnte der Kranke das Bett nicht mehr verlassen. Unter den Erscheinungen einer starken Dyspnöe nahm die Circumferenz des Abdomen gewaltig zu. Die auf Carcinom gestellte Diagnose wurde durch die Autopsie nicht bestätigt; vielmehr scheinen die Veränderungen syphilitischer Natur zu sein, was auch durch die bei der mikroskopischen Untersuchung gefundenen multiplen Gummata der Leber bestätigt wurde. Die Nieren waren stark vergrössert und ebenso wie die Milz amyloid entartet; die linke Lunge complet collabirt und die rechte nur im Oberlappen lufthaltig. Die Leber, stark vergrössert, enthielt die schon genannten Veränderungen. Trotz aller fehlenden, luetischen Antecedentien, ein chronischer Schnupfen in früheren Jahren, der von Smith als Coryza syphilitica (?) gedeutet wird, ausgenommen, wurde die Diagnose: Lues hereditaria tarda gestellt. (Die gefundenen Veränderungen sind Spätsymptome einer Lues, die ebensowohl durch postpartale und wie so oft unbeachtet gebliebene Infection entstanden sein kann. Referent.) Ledermann.

Cartaz (14) bespricht die bei Syphilis hereditaria tarda (im Sinne Fournier's) beobachteten Veränderungen des Larynx, Gumma, Perichondritis, Ulcerationen, die den bei acquirirter Lues beobachteten und wohl gekannten Formen völlig gleichen. Finger.

Die Uebersicht, welche Bury (15) über die Gehirnkrankheiten bei Erbsyphilis gibt, basirt auf einer Analyse von 42 Autopsien und 90 klinischen Beobachtungen. Bei den ersteren fanden sich hauptsächlich centrale Erweichungen in Folge von Gefässerkrankungen und Gummata, während die klinisch beobachteten Fälle besonders Corticalerkrankungen zeigten, die sich durch Convulsionen zu erkennen gaben. Bei 40 Procent der letzteren bestand ein variabler Grad von Demenz. Ledermann.

Ashby (16) zeigte mikroskopische Präparate von dem Gehirn und den Hirnarterien eines an Hirnlues verstorbenen Kindes. Es hatte im Alter von 8 Monaten Convulsionen, gefolgt von spastischer Paralyse der linken, später der rechten Seite und starb 14 Monate alt. Bei der postmortalen Prüfung erschien die Arachnoidea milchig, mit Austritt von subarach-

noidaler Flüssigkeit. Die kleinen Arterien enthielten alte Thromben und ihre Wände waren verdickt und zeigten eine grosse Vermehrung der Kerne. Ledermann.

Beobachtung eines Kindes von $3^1/_2$ Jahren mit deutlichen Zeichen hereditärer Syphilis, bei welcher sich beiderseitige syphilitische Hodenerkrankung zeigte. Bei dieser Gelegenheit gibt Lannelongue (17) eine klinische Studie über Lues und Tuberculose des Hodens. Galewsky.

Suckling (18) demonstrirte ein wenige Wochen altes Kind mit syphilitischen Efflorescenzen im Gesichte und den Hinterbacken und mit einer harten Schwellung des unteren Endes beider Oberarme. Die Symptome schwanden schnell unter der Anwendung von „Hydrargyrum cum creta", ein Gran zweimal täglich gegeben. Solche Fälle von Epiphysenschwellung, meist allerdings einseitig, fast stets jedoch am unteren Ende des Oberarmes hatte Suckling öfter zu sehen Gelegenheit, ohne dass die Anamnese „Lues" ergab. Stets jedoch sicherte der Erfolg der Quecksilbercur die Diagnose Syphilis trotz mangelnder Antecedentien.
Ledermann.

Therapie der Syphilis.

1. **Taylor** R. W. Some practical points in the treatment of syphilis. — Med. News, 7. December 1889, Nr. 882.
2. v. **Düring.** Frühbehandlung der Syphilis oder nicht? — Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. IX, Nr. 11.
3. **Bulkley.** Discussion on the indications for, and duration of, the treatment of syphilis. — The Journ. of the Americ. Med. Associat., 23. November 1889.
4. **Hirst.** Congenital Syphilis. Philadelphia Hospital. — The Times and Register, 14. December 1889.
5. **Clemens.** Vollkommene Heilung und Schwund der syphilitischen Sklerosis durch die methodische Anwendung elektrischer Ströme. — Therap. Monatsh. 1889, November und December.
6. **Peroni.** L' elettrolisi della sclerosi iniziale quale metodo di cura abortiva della sifilide. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, Nr. 3.
7. **Wolff** L. The hypodermic use of mercurials in the treatment of syphilis. The therapeutic. Gaz. Nr. 11, 15. November 1889.
8. **Scarenzio.** La iniezione di calomelano al recente congresso di dermosifilografia in Parigi. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, Nr. 3.
9. **Tacke.** Einige Worte über Behandlung der Syphilis mit subcutaner Calomelinjection. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 42.
10. **Cheminade.** Injections hypodermiques de calomel dans la syphilis. — Thèse de Bordeaux 1889.
11. **Damperow.** Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen des gelben Hg-Oxyds. — Tagbl. d. med. Ges. zu Kasan 1889, II, pag. 11 bis 13 (russisch).
12. **Löwenthal.** Ueber Einspritzungen von Calomelöl und Oleum cinereum. — Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 32.
13. **Lang.** Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von grauem Oele (Oleum cinereum). — Wiener med. Wochenschr. 1889, Nr. 48 ff.
14. **Ullmann** Karl. Erfahrungen über den Gebrauch des Oleum cinereum. — Wiener med. Blätter 1889, Nr. 38—46.

15. **Seleniew.** Das Quecksilberalanilat bei Syphilis. — Med. Rundschau 1889, XVII, pag. 445—449 (russisch).
16. **Pinner.** Zur Frage von der Resorption des Quecksilbers im thierischen Organismus. — Therap. Monatsh., Juli 1889.
17. **Kunkel.** Ueber die acute Quecksilbervergiftung. — Sitzungsber. d. Würzburger phys.-med. Ges. 1889, Sep.-Abdr.
18. **Güntz.** Ueber die Chromwasserbehandlung der Syphilis. — Med. Wandervorträge Berlin 1889, Heft 13.
19. **Ingria.** Sulla cura profilattica della sifilide mediante la distruzione del sifiloma iniziale. — Gazz. degli ospitali 1890, Nr. 5—7.
20. **Balzer** et **Thiroloix.** Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de benzoate de mercure. — La méd. moderne, 9. Jänner 1890.
21. **Hartmann.** Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Hydrarg. oxydul. nigrum purum. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1890, 3.
22. **Cehak.** Ueber Thymolquecksilberinjectionen. — Allg. Wiener med. Ztg. 1890, 7.
23. **Lindström.** Zur Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injectionen von Oleum cinereum. — Med. Rundschau. 1890, 1 (russisch).
24. **Sirski.** Behandlung der Syphilis nach der Scarenzio-Smirnow'schen Methode. — Kaukas. med. Journ. 1889, pag. 135—156 (russisch).
25. **Lydston** G. Frank. Treatment of local syphilitic manifestations. — Western Med. Reporter, March 1890. Med. News, 12. April 1890, S. 396.
26. **Brocq** L. Local antiseptics in the treatment of syphilis. — Journ. of cut. and gen.-urin. dis., März 1890, vol. III, S. 111.
27. **Corning** J. L. The prompt recognition and treatment of syphilis of the brain. — New-York Med. Journ., 8. Febuar 1890, S. 153.
28. **Aulde** John. Syrup of hydriodic acid. — New-York Med. Journ., 22. März 1890.

In ausführlicher Weise berichtet Taylor (1) über die Principien, welche ihn bei der Behandlung der Syphilis leiten. Er spricht sich, auf Grund seiner Erfahrungen, gegen die Excision, sowie auch gegen die Versuche, die Sklerose durch Cauterisation zu zerstören und gegen den von Bronson mit besonderer Energie vertheidigten Vorschlag, durch locale Quecksilberbehandlung des Primäraffectes und der benachbarten Lymphdrüsen und -Gefässe (mittelst Injectionen etc.) eine Abortivbehandlung zu versuchen, aus. Auch gegen die Allgemeinbehandlung vor Erscheinen der constitutionellen Symptome wendet er sich, nicht blos wegen der oft daraus resultirenden Unsicherheit in der Diagnose und der Unregelmässigkeiten im Verlaufe so behandelter Fälle, sondern auch, weil er im Laufe seiner 20jährigen Erfahrung gerade nach einer solchen Therapie sehr ernste Symptome, schwere Späterscheinungen etc. hat auftreten sehen. Er verurtheilt mit aller Schärfe die exspectative Therapie, die nur dann eingreift, wenn sich die Syphilis klinisch manifestirt, und er hält auch die wirklich continuirliche Behandlung, welche nicht nur eine Abstumpfung gegen die antiluetische Wirksamkeit des Hg, sondern eine schwere Schädigung des Organismus zur Folge hat, für ein durchaus verwerfliches Princip. So spricht er sich denn mit grossem Enthusiasmus für die discontinuirliche, chronische Behandlung aus. In erster Linie verwendet er die innere Medication, speciell Hydrargyrum oxydulatum tannicum und Protojoduret: er gibt durchschnittlich $^1/_4$—$^1/_5$ Gran Protojoduret, $^1/_2$—1 Gran Hydr. tannic. 3mal pro die, räth aber hier, wie überall, zu möglichst strengem Individualisiren. Auf eine energische Behandlung während der ersten Zeit der Frühperiode legt

er das allergrösste Gewicht und räth, dieselbe 3—6 Monate fortzuführen, eventuell mit einer Pause von 1—3 Wochen; die nächste Cur soll nach vierwöchentlicher Pause beginnen und wieder 2—2½ Monate dauern; im zweiten Jahre werden die freien Intervalle verlängert und Jodkali und Hg combinirt gegeben. Von der Ueberzeugung ausgehend, dass jeder zurückbleibende Herd eine Stätte der Reininfection des Organismus werden kann, legt er auf die locale Behandlung und vor Allem auf den Wechsel der Methoden grossen Werth. So wendet er bei hartnäckigen Exanthemen Injectionen an und lässt allmälig den ganzen Körper einreiben; gehen die Drüsen auf die interne Behandlung nicht zurück — was Taylor für ein sicheres Zeichen des nicht zureichenden Effectes derselben ansieht, — so werden sie durch locale Inunctionen günstig beeinflusst, und ebenso versucht er bei Gehirnerscheinungen, bei Augenerkrankungen etc. eine directere Wirkung durch regionäre Behandlung zu erzielen. Die pustulösen Efflorescenzen, welche er für die Resultate einer Mischinfection hält, werden besser erst mit anderen Antisepticis zur Reinigung gebracht und dann specifisch behandelt. Von den Einspritzungen empfiehlt Taylor fast ausschliesslich Injectionen reinwässeriger Sublimatlösung (zuerst $^1/_{12}$, dann $^1/_8$ Gran auf 10 Tropfen Wasser) und hat von diesen auch an den „delicatesten" Stellen eine ungünstige Wirkung nicht gesehen; auch sie hat er mit grosser Vorliebe für die regionäre Behandlung, selbst am Kopf, angewendet. Dagegen perhorrescirt er die Verwendung ungelöster Hg-Salze mit wenigen Ausnahmen, wegen der Schmerzen, der Infiltrate und der Gefahr der Embolien. Die Quecksilberräucherungen endlich werden in besonders hartnäckigen Fällen — bei Anwendung aller nur möglichen Vorsicht — von Taylor ebenfalls gerühmt. Trotz vieler Differenzen zwischen den Anschauungen des amerikanischen Autors und den bei uns giltigen muss vor Allem der Eifer, mit dem sich der Autor gegen die geschäftsmässige Routine wendet, welche die Behandlung der Syphilis wie ein Rechenexempel ansieht, und das energische Bestreben, jeden Schematismus zu vermeiden, rühmend hervorgehoben werden.

Jadassohn.

v. Düring (2) hat beobachtet, dass öfter in den Appendices cavi praeputialis Entzündungen auftreten, welche, obwohl in keiner Weise specifisch, durch die Induration zumal des umgebenden Gewebes eine Sklerose vortäuschen können. Verfasser führt hiefür mehrere Beispiele aus seiner Praxis an, bei denen in solchen Fällen eine Sklerose diagnosticirt war. Würde eine Frühbehandlung hier eingeleitet worden sein, so hätte man geglaubt, die Lues coupirt zu haben. v. Düring meint nun, dass es sich in allen Fällen von Coupirung der Syphilis um diagnostische Irrthümer gehandelt hat und verwirft die Frühbehandlung der Syphilis principiell.

Sternthal.

[v. Düring (2) erwähnt in dieser Mittheilung, dass zu der Partei Derer, „die sich für eine Frühbehandlung erwärmen", auch Neisser gehört. Diese Ausdrucksweise muss zu Missverständnissen Anlass geben und steht nicht im Einklang mit den Anschauungen Neisser's, wie er sie in dem Referat über Syphilistherapie auf dem Wiesbadener Congress für innere Medicin 1886 ausgesprochen hat und auch jetzt noch vertritt. Dort wird (pag. 22 des Sep.-Abdr.) einmal betont, dass unter allen Umständen die Allgemeinbehandlung der Syphilis erst begonnen werden dürfe, wenn die Diagnose Syphilis feststeht, und es wird ausführlich discutirt, dass ein Abweichen von dieser Regel „zu den allerschwersten und unliebsamsten Situationen" Veranlassung geben kann. Dann aber wird die weitere Frage, ob nach der sichergestellten Diagnose die frühzeitige Behandlung statthaben solle, — eine Frage, die „im Princip auch von Düring durchaus rationell und berechtigt erscheint", — mit Anführung der pro und

contra zu verwerthenden Gründe besprochen und am Schlusse dieser Erörterungen die Frage ganz ausdrücklich „als eine noch offene“ bezeichnet. Man kann diese Darlegungen nicht wohl ein „Sich-Erwärmen für die Frühbehandlung“ nennen. Jadassohn.]

Bei der Schwierigkeit, bestimmte Grundlinien für eine sachgemässe Syphilistherapie zu construiren, stellt Bulkley (3) folgende Punkte zur Discussion: 1. Wie früh soll man die Behandlung der Syphilis beginnen? Soll man bei feststehender Diagnose sofort mit einer activen Behandlung beginnen? Soll man bei unsicherer Diagnose warten, bis andere Erscheinungen der Krankheit sich einstellen oder soll man sofort eine Behandlung einleiten, auch wenn man nur Grund hat zu argwöhnen, dass das Leiden syphilitischer Natur ist? 2. Wie lange soll die Behandlung fortgesetzt werden? Wann kann man den Kranken vollständig aus der Behandlung entlassen und ihm versichern, dass er von ferneren Erscheinungen verschont bleiben wird? 3. Wie lange nach erfolgter Syphilisinfection kann man dem Kranken gestatten, zu heiraten? 4. Wenn ein Patient mit den vollständig ausgebildeten Symptomen der Lues zu dem Arzt kommt, wie lange soll die Behandlung dauern? Soll man ihn so lange behandeln, bis die vorhandenen Symptome verschwunden sind oder soll man einen regelmässigen Behandlungsturnus einleiten, und zwar wie lange? 5. Soll man beim Eintritt von Spätsymptomen nur so lange behandeln, bis dieselben verschwunden sind oder eine Radicalcur der Krankheit selbst einleiten? In der Discussion über die von Bulkley berührten Punkte bemerkt Seiler, dass er für Gummata der Nase und des Rachens, wegen der Gefahr der Stenose eine chirurgische Behandlung (Curettement) mit anschliessender Allgemeinbehandlung für gerathen hält. Locale Läsionen behandelt er combinirt mit localen Mitteln und Internbehandlung, eventuell Sublimatinjectionen bis zum Verschwinden der Erscheinungen, dann schliesst er eine gemischte Behandlung für längere Zeit an. Zwei Jahre hält er für die Syphilisbehandlung als ausreichend. Corlett leitet eine Behandlung erst ein, wenn die Diagnose „Lues“ absolut feststeht. Dann verordnet er eine Mercurialcur jahrelang bis zum Verschwinden aller Erscheinungen. Wo es die Localisation gestattet, entfernt er die Sklerose, weil er zuweilen darnach einen milderen Verlauf der Krankheit beobachtet hat. Quecksilber hält er für das Heilmittel der Syphilis, *κατ' ἐξοχήν*. Jod bringt zwar die Erscheinungen zum Verschwinden, begünstigt aber Recidive. Die Behandlung setzt er 2—3 Jahre fort, die letzte Cur leitet er ein Jahr nach dem Verschwinden aller Erscheinungen ein. Fleischner glaubt, dass man die Art und Dauer der Luesbehandlung der Individualität der Fälle adaptiren muss. Der Vorsitzende glaubt, dass, wenn 4 Wochen nach einem einmaligen Coitus sich ein Geschwür bildet, mag es hart oder weich sein, eine antisyphilitische Cur zu beginnen ist. Anders, wenn sich das Datum der Infection nicht sicher ermitteln lässt; dann soll man einen Ausspruch Hutchinson's beherzigen: „Der erste Schanker bei einem jungen Mann ist immer ein syphilitischer.“ Er beginnt die Behandlung, sobald die Diagnose feststeht und behandelt alle Patienten, im Gegensatz zu Fleischner, mindestens 2 Jahre lang, mögen die Symptome leicht oder schwer sein. Heiraten gestattet er 6—8 Monate nach dem Verschwinden aller Symptome. Er hat dann niemals eine Uebertragung des Giftes zu Stande kommen sehen. Tertiär-syphilitische hält er nicht für infectiös. Ledermann.

Hirst (4) behandelt congenital-syphilitische Kinder erfolgreich mit Calomel, dem eine Spur Soda zugesetzt ist (2mal täglich $^1/_{16}$—$^1/_{12}$ Gran); bei Magenreizung mit Schmiercur. Die Behandlung soll mindestens 3 Jahre dauern; abwechselnd mit Mercur empfiehlt sich der Gebrauch von Jodkali. Daneben sorgfältige Diät und Pflege. Ledermann.

Ohne dass auf die Ansicht Clemens (5) über die Pathologie der Syphilis, welche in weitschweifiger Weise entwickelt wird, eingegangen werden kann, sei hier nur berichtet, dass Verfasser mittelst des Faradischen Stromes, „durch Oscillation im Verein mit der Imbibition, einer atomistischen elektrischen Massage“, auch die hartnäckigsten Initialsklerosen in 6—7 Wochen zu täglich 3 oder 4 Sitzungen heilt. In einem Falle waren 224 Sitzungen nothwendig. Es ist anerkennenswerth, dass Verfasser selbst seine Kritik spricht mit den Worten: „Gutta cavat lapidem, non vi, sed saepe cadendo.“ Herxheimer.

Peroni (6) empfiehlt zum Zwecke der Abortivbehandlung der Syphilis die Zerstörung der Initialsklerose durch die Elektrolyse. Er benützt eine kleine galvanische Batterie mit 10 Elementen, von denen eine beliebige Anzahl ausgeschaltet werden kann. Statt einer Nadel, wie sie bei der Radicaldepilation angewendet wird, nimmt Peroni eine kleine Lanzette, welche mit dem negativen Pole der Batterie verbunden wird. Die Operation wird — am besten unter localer Cocaïn-Anästhesie — folgendermassen ausgeführt: Nach sorgfältiger Desinficirung der Läsion wird der Kranke mittelst eines um sein Handgelenk gelegten Messingringes mit der positiven Elektrode verbunden. Nun sticht der Operateur die Lanzette 6—10 Mm. vom Rande der Sklerose entfernt und 4—5 Mm. unterhalb der Basis derselben, und zwar bei nicht geschlossener Kette, ein. Nach Einführung der Lanzette wird die Kette geschlossen, worauf man den Strom je nach dem Umfange der Sklerose durch 35 oder 40 Secunden bis 2, 5, 7 und mehr Minuten wirken lässt; dabei wird die Lanzette unter drehenden Bewegungen um die Sklerose und mitten durch sie geführt. Ist der Affect klein, beträgt nämlich sein Durchmesser nur 3—4 Mm., so genügen ein Paar Minuten, um die Sklerose vollständig aus ihrem organischen Zusammenhang zu bringen; bei grösseren Sklerosen führt man die Operation in 2 Sitzungen mit einem Intervall von einer Viertelstunde aus. Die Operation ist beendet, wenn die Gewebe in einen weisslichen, leicht abhebbaren Brei verwandelt sind. Nun wird die Kette geöffnet und die Lanzette ausgezogen. Der Eingriff ist, wenn er ohne Cocaïnisirung ausgeführt wird, sehr schmerzhaft. Die Operation ist von nachstehenden objectiven Erscheinungen begleitet: 1. Röthung der Haut, welche in der Umgebung der Lanzette sofort nach Schliessung der Kette auftritt. 2. Hervorquellen eines weisslichen Schaumes, welcher, wie die mikroskopische Untersuchung zeigt, aus Zellendetritus und aus einer enormen Menge von Luftblasen zusammengesetzt ist. 3. Wenn ein Gefäss getroffen wird, entsteht eine Blutung, welche jedoch durch die Wirkung des Stromes bald gestillt wird. 4. Ein mehr oder weniger hochgradiges Oedem, welches nach einigen Stunden zu schwinden pflegt, aber auch 1—2 Tage bestehen kann. Nach Entfernung des zersetzten Gewebes — dies geschieht mittelst eines Löffelchens — sieht man aus der durch die Elektrolyse gesetzten Continuitätstrennung eine klare Flüssigkeit austreten, welche zahlreiche weisse, nur sehr wenige rothe Blutkörperchen und einzelne Fettzellen enthält. Dieses Secret trocknet zu einer dünnen Borke ein, welche bald abfällt. Ist der gesetzte Substanzverlust klein, so tritt unter einem antiseptischen Verbande die Vernarbung in wenigen Tagen ein. Bei grösseren Substanzverlusten können 2—3 Nähte angelegt werden. Peroni hat nach vorliegender Methode 42 Fälle operirt, von welchen er 29 in einer seiner Arbeit beigegebenen Tabelle publicirt; 25 davon betrafen männliche, 4 weibliche Individuen. In 8 Fällen blieb der Erfolg aus — unter diesen waren 6mal Drüsenschwellungen vorhanden — die übrigen 21 ergaben ein positives Resultat. Eine eingehende Besprechung der einzelnen Fälle behält sich der Verfasser vor. Dornig.

Nach einer ausführlichen geschichtlichen Einleitung über die Quecksilber-Injectionsmethode resumirt Wolff (7) seine Erfahrungen darüber folgendermassen: Es ist kein Zweifel, dass die Mercurinjectionen — er denkt im Wesentlichen an Sublimat — die Frühsymptome am schnellsten beseitigen, die Spätsymptome am besten verhindern. Ledermann.

Scarenzio (8) unterzieht die Einwände, welche beim jüngsten internationalen Congresse für Dermatologie und Syphilis in Paris gegen die von ihm eingeführten hypodermatischen Calomelinjectionen erhoben wurden, einer eingehenden Erörterung, wobei er die Stichhältigkeit derselben zu entkräften sucht. Dem Einwurfe, sagt Scarenzio, dass die Calomelinjectionen häufig sensitive und motorische Störungen hervorrufen, müsse entgegengehalten werden, dass diese Störungen unbedeutend und nebensächlich sind und dass sie bei einiger Uebung in der Ausführung der Methode zu den Ausnahmen gehören und keine nachtheiligen Folgen hinterlassen. Hervorzuheben sei, dass, was auch beim Congresse constatirt wurde, die Injectionen keine Abscesse hervorrufen, wenn sie nach der Smirnoff'schen Modification ausgeführt werden. Das Auftreten von Plaques an der Mundschleimhaut, welches nicht selten am 4. oder 5. Tage nach der Calomelinjection beobachtet wird, gibt Scarenzio zu. Die Erklärung dieser Erscheinung findet er darin, dass das Hg, wie ja bekannt sei, an der Mundschleimhaut überhaupt Reizerscheinungen hervorrufe; es sei daher begreiflich, dass gerade hier, eben in Folge der Irritation durch das Hg, Krankheitserscheinungen zum Ausbruch kommen. Noch viel weniger Bedeutung komme dem Auftreten von localen cutanen Mercurialerscheinungen in der Umgebung der Injectionsstellen, die übrigens nicht häufig beobachtet werden, zu. Diese würden übrigens nur beweisen, dass das Mittel auch locale Wirkungen entfalte, was mit der Beobachtung übereinstimme, dass die luetischen Erscheinungen in der nächsten Nähe der Injectionsstellen sich am raschesten involviren. Grössere Beobachtung verdiene scheinbar die im Gefolge der Calomelinjectionen auftretende Stomatitis, welche, wenn auch in der Regel nicht hochgradig, doch bisweilen sehr ernster Natur sein könne, und dies um so mehr, da, wie Du Castel bemerkt, die Wirkungen der in Rede stehenden Cur sich nicht einschränken lassen. Abgesehen davon, dass Leloir und Tavernier unter 875 Fällen nur 35mal Stomatitis beobachteten, die übrigens in keinem einzigen Falle sehr hochgradig war, sei das Auftreten von Stomatitis nur ein Zeichen der erfolgten Resorption des Medicamentes. Gefahren, die von dieser Seite drohen könnten, lassen sich bei entsprechender Vorsicht leicht vermeiden. Uebrigens sei es nicht wahr, dass sich eine zu stürmische und schädliche Wirkung des en masse injicirten Calomels nicht aufhalten lasse; man brauche nur dessen Elimination zu befördern; die geeignetsten Mittel dazu seien die Verabreichung von Jaborandi, subcutane Pilocarpin-Injectionen und der Katheterismus des Stenon'schen Ganges. Bezüglich der Infiltrate an den Einstichstellen bemerkt Scarenzio, dass sich diese durch eine rigorose Antisepsis leicht vermeiden lassen, und dass die Möglichkeit derartiger Zufälle noch immer keinen genügenden Grund abgeben könne, um die Calomelinjectionen aus der Syphilistherapie zu verbannen. Dornig.

Tacke (9) injicirt mit folgender Schüttelmixtur. R. Calomel vap. parat. 1·0, Cocaini muriat. 0·25, Morph. muriat. 0·06, Aq. dest. 10·0. Er wählt zum Einstich die linke Axillarlinie, weil Patient sich eventuell an dieser Stelle am besten selbst verbinden und durch Entfernung des linken Armes von dem Brustkorbe dieselbe schonen kann. Auch finden sich hier keine Spalträume, in denen sich eine eventuell entstandene Entzündung und Eiterung ausbreiten kann. Verfasser hat an 4 Personen insgesammt

20 subcutane Injectionen gemacht ohne Entzündung oder einen Abscess zu sehen. Er injicirt wöchentlich 0·2 Calomel, im Ganzen 4 Mal. Die Injectionen sind schmerzlos. Speichelfluss trat nicht ein. Sternthal.

Cheminade (10) empfiehlt die hypodermatischen Calomelinjectionen namentlich bei voluminösem Primäraffect, bei heftigen Secundärerscheinungen, bei Schwäche des Digestionstractus, bei Kranken, welche in Folge einer intercurrenten Erkrankung bereits intern behandelt wurden. Bei Erscheinungen der Spätperiode ist stets Mercur und Jodkali anzuwenden. Die Injectionen sollen 3—4 an der Zahl (à 0·05 Calomel enthaltend) in wöchentlichen Zwischenräumen in die Nates gemacht werden. Er empfiehlt das Calomel nach einer alten Neisser'schen Formel anzuwenden (in wässeriger Lösung mit Muc. gi. arab.). Galewsky.

Damperow (11) wandte bei 179 syphilitischen Weibern die Injectionen von Hydrarg. oxyd. flavum an. Die gesammte Zahl der Injectionen betrug 855. Die Einspritzungen wurden jeden 5. Tag ausgeführt. Zur Verwendung kam eine 4—6%ige Suspension. Der therapeutische Affect war immer sehr günstig, auch bei späteren Syphilisformen. Obwohl das Krankenmaterial ausschliesslich aus Frauen bestand, die bekanntlich subcutane Injectionen schlecht vertragen, kamen doch niemals Abscesse vor. Szadek.

Löwenthal (12) macht gegenüber den Missständen, welche in letzter Zeit bei den Calomelinjectionen gerügt wurden, darauf aufmerksam, dass die Einspritzungen mit diesem Quecksilberpräparat ab und zu helfen, wo andere Curen nichts ausgerichtet hätten, während er das graue Oel wegen öfterer Abscesse oder sehr schmerzhafter Infiltrationen verliess. (Es wurde injicirt: Calomel 1·0, Ol. olivar. 10·0; das graue Oel bestand aus Hydrarg. metallic. 20·0, Aether. benzoic. 5·0, Paraffin. liquid. 40·0.) Verf. theilt zum Schluss drei Fälle mit, bei denen nach einer entsprechenden Anzahl Calomelinjectionen die bestehenden Erscheinungen schwanden, die vorher der Schmiercur, resp. den Sublimateinspritzungen nicht gewichen waren.

Herxheimer.

Lang (13) bespricht die Nebenwirkungen seiner Injectionen von grauem Oel, die ja eben Nebenwirkungen jeder Quecksilberbehandlung sind. Der langen Nachwirkung des Präparates entsprechend muss die Mundpflege mehrere Wochen über die letzte Injection hinaus mit grosser Sorgfalt gehandhabt werden. Vernachlässigung dieser führt leicht zu einer erst nachträglich auftretenden Salivation. Lang bespricht hierauf die Bereitung seines 50% und 30% grauen Oeles, die Technik der Injection, wobei hervorzuheben ist, dass Lang, je nachdem er langsamere Resorption, also nachhaltige Wirkung, oder raschere Resorption, also gesteigerte Wirkung, erzielen will, die zur Injection gelangende Menge Oel (0·1—0·2 Ccm.) an einer oder an zwei Stellen gleichzeitig injicirt. In der zweiten und dritten Woche injicirt Lang stets eine geringere Menge (½) als das Quantum der ersten Woche und erklärt das umgekehrte Vorgehen für direct verfehlt. Lang erklärt sich weiter als Gegner der chronischen intermittirenden Therapie, Anhänger symptomatischer Behandlung, führt frühe und schwere Syphilisrecidive auf ausgiebige Jod- und Quecksilbertherapie zurück. Lang streift nun kurz den wohlthätigen Einfluss der grauen Oel-Therapie auf nicht syphilitische Nervenleiden, Neurasthenie, Tremor potatorum, und kommt dann auf die Fälle „Hallopeau" und „Kaposi" (Exitus letalis durch Intoxication mit Quecksilber unter Form der grauen Oelinjectionen) zu sprechen. Für den Fall Hallopeau ist auf die ungebührlich grosse Menge des in kurzer Zeit injicirten Oeles schon von Raugé hingewiesen worden. Betreffend Kaposi's Fälle weist Lang zunächst für Kaposi's Fall 4 (Anna H.),

die mit schwerer ulceröser Stomatitis einen Monat nach der letzten Injection auf Lang's Abtheilung kam, nach, dass derselben auch in unverhältnissmässig kurzer Zeit von vier Wochen 2·4 Ccm. graues Oel (Kaposi's Angabe lautete auf 1·6 Ccm.) also eine übermässig grosse Dosis injicirt wurde. Den letalen Fall Kaposi's betreffend weist Lang auf die durch die Section erwiesene chronische Nephritis, die zu Vorsicht in der Darreichung von Quecksilber hätte mahnen sollen, sowie auf den Umstand hin, dass die Injectionscur fortgesetzt wurde, obwohl schon nach den ersten Injectionen sich Erbrechen und Albuminurie einstellte. Desgleichen weist er für diesen Fall Ungenauigkeiten in den Angaben über die Menge des injicirten Oeles nach, um so zum Schlusse zu gelangen, dass für den üblen Verlauf in diesen Fällen das graue Oel nicht verantwortlich gemacht werden könne. Finger.

Die Arbeit Ullmann's (14) beschäftigt sich lediglich mit der Methode der Anwendung des grauen Oeles, ohne sich auf seine Wirksamkeit der Syphilis gegenüber einzulassen. Ein besonderer Vorzug des Medicaments gegenüber den anderen unlöslichen Hg-Präparaten liegt in der gleichmässigen, feinen Vertheilung des Hg, wodurch eine genaue Dosirung ermöglicht wird; diese Gleichmässigkeit geht auch bei längerer Aufbewahrung nicht verloren, wenn nur die Temperatur des Aufbewahrungsortes 15° C. nicht übersteigt und überhaupt das Oel nie längere Zeit auf einen höheren Grad erwärmt wird. Ausser dem Präparate ist auch der Spritze eine grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden; nach Untersuchungen U.'s enthalten die im Handel befindlichen stets mehr oder weniger, als sie enthalten sollen. Es empfiehlt sich daher, die von Lang eingeführten Spritzen zu gebrauchen, die ausserdem in Folge grösserer Schmalheit und daher auch grösserer Länge ihres Lumens die Abmessung von Hundertstel Cubikcentimeter noch leicht gestatten. Die Einspritzungen selbst werden an der Lang'schen Klinik stets in die Rückenhaut subcutan gemacht, jedesmal 0·2—0·3 Ccm. in 2 Portionen an 2 verschiedenen Stellen, um durch Vermehrung der Quecksilberdepots die Resorption zu beschleunigen. Ueber die Zahl der Injectionen im einzelnen Falle werden keine bestimmten Angaben gemacht, es wird gerathen, dieselbe von der Individualität des betreffenden Falles abhängig zu machen und nicht zu schematisiren. An der Lang'schen Klinik wird nach je 2—3 Einspritzungen eine Pause von 2—3 Wochen gemacht, und nach dieser Pause die Dosis immer verkleinert; bei protrahirter Behandlung durch mehrere Monate, wie sie zuweilen geübt wird, gibt man Dosen von 0·1—0·2 Ccm. in Intervallen von 1—4 Wochen. Die localen Reactionserscheinungen waren, wenn solche überhaupt eintraten, immer sehr gering und schnell vorübergehend, in einem verschwindenden Bruchtheile etwas heftiger, und nur in einem einzigen Falle kam es zum Durchbruch des verflüssigten Infiltrates. Welchen Einfluss verschiedene Elemente, wie die Art der Canülen, die Massage, die Quantität und das Alter des Injectionsmaterials u. s. w. auf das Zustandekommen der Reactionserscheinungen haben, suchte Verfasser durch eine Menge von Versuchen festzustellen, konnte jedoch nicht finden, dass den genannten Umständen ein nachweisbarer Einfluss zukommt. Von Ereignissen, die gelegentlich bei der Injection vorkommen, sind vereinzelte Blutungen aus dem Stichcanal und die Bildung subcutaner Hämatome um den Einstich zu erwähnen, unschuldige Vorkommnisse ohne jede Bedeutung; Gefässembolien sind nie beobachtet worden. Auch unangenehme Nebenwirkungen in Gestalt localer oder allgemeiner Hg-Intoxication sind, abgesehen von einem Falle von Hg-Erythem, nicht vorgekommen. Verfasser schreibt dieses günstige Resultat der vorsichtigen Dosirung, der sorgfältigen Beobachtung der Patienten, der peinlichen Pflege des Mundes und der Befolgung aller anderen bei jeder Hg-Cur zu be-

achtenden Massregeln zu und sucht an der Hand vieler aus der Literatur zusammengestellter Berichte über schwere Hg-Intoxicationen nach dem Gebrauche unlöslicher Salze nachzuweisen, dass in den meisten dieser Fälle einer oder gar mehrere Fehler in der Cur gemacht worden sind. Zum Schlusse seiner Arbeit empfiehlt U. auch noch die locale Anwendung des Ol. cin. zur schnelleren Resorption der syphilitischen Producte. Bruck.

Das von De Luca im Jahre 1887 in die Injectionstherapie eingeführte Quecksilberalanilat wurde von Seleniew (15) bei 23 Syphilisfällen versucht. Zu subcutaner Verwendung kam eine 1procentige wässerige Lösung dieses Mittels; jedesmal injicirte man 0·03. Die Zahl der zur Beseitigung syphilitischer Erscheinungen nöthigen Injectionen betrug durchschnittlich 24—54. Die localen Reizungssymptome waren sehr gering, Abscesse kamen niemals vor. Das Quecksilber wurde stets am ersten Tage im Harn gefunden. In den meisten Fällen traten sehr bald nach der Beendigung der Cur neue Vorschübe der Syphilis vor. Seleniew kommt zum Schlusse, dass Quecksilberalanilat keine Vorzüge vor anderen löslichen Hg-Präparaten darbiete. Szadek.

Pinner (16). Die an Kaninchen angestellten Versuche ergaben: 1. Das mit der grauen Salbe auf der Haut verriebene Quecksilber wird durch die Haut allein aufgenommen, wenn die eingeriebenen Hautstellen luftdicht bedeckt werden. 2. Das Quecksilber dringt in Form feinster Kügelchen in die Haarbälge und Drüsen, gelangt von diesen Stellen aus in die Blutbahn und kann schon 24 Stunden nach der Inunction im Harn und in den Fäces chemisch nachgewiesen werden. Gerber.

Die rein pharmakologische Arbeit Kunkel's (17) kann hier nur in ihren Resultaten, welche naturgemäss auch für die Quecksilbertherapie Bedeutung haben, besprochen werden. Kunkel hat nachgewiesen, dass toxische Dosen von Hg eine starke Blutdrucksenkung veranlassen, und er hat diesen Nachweis durch Blutkörperchenzählungen erbracht, welche eine Verminderung der Blutkörperchenzahl im circulirenden Blute ergaben — ein Resultat, das sich immer dann constatiren lässt, wenn durch die Erniedrigung des Blutdruckes eine grössere Zahl von Blutkörperchen in den Capillaren liegen bleibt. Diese Herabsetzung des Blutdrucks kann ebenso wie die lebhaften — vielleicht ebenfalls auf der Schädigung der Herzkraft beruhenden — Darmcontractionen zur Erklärung der Darmnekrose bei der Hg-Intoxication mit verwendet werden; ihre eigentliche Ursache können beide Momente kaum abgeben; wie weit diese durch die Zerstörung der Blutkörperchen und die capillaren Thrombosen bedingt ist, lässt sich ebenfalls noch nicht entscheiden. — Die zweite wichtigste Erscheinung der Hg-Vergiftung: der vielbesprochene Kalkinfarct der Nieren erscheint Kunkel durch die Kaufmann'sche Hypothese — Ablagerung von Kalksalzen in den durch das Hg bedingten Epithelnekrosen der Niere — vorläufig am besten erklärt; ein Schüler des Verfassers, Königer, konnte bei Hunden, die mit Hg vergiftet waren, häufig Alkalescenz des Harns und damit eine perverse Function der Nieren bei diesem Krankheitsbilde nachweisen. — Bei Durchströmungsversuchen am Froschherzen konnte Kunkel endlich den Beweis liefern, dass ganz geringe Hg-Mengen (1 : 900.000) die Herzarbeit heben, während stärkere Dosen sie schnell herabsetzen; dem entspricht auch die Thatsache, dass in den ersten Stadien der Hg-Vergiftung die Zahl der Blutkörperchen im circulirenden Blute zunimmt; — in kleinen Dosen kann also das Hg geradezu als Tonicum wirken. Jadassohn.

Die Auslassungen Güntz' (18) über die von ihm immer wieder und wieder angepriesene Chromwasserbehandlung der Lues können an dieser Stelle nur

erwähnt, nicht aber referirt werden. Denn das scheinbar wissenschaftliche Gewand, in das der Verfasser seine Anschauungen mit einigem Geschick zu kleiden bemüht ist, vermag den Mangel jeder wissenschaftlichen Methode nicht zu verhüllen; und über die Erfahrungen, welche dieser Autor gemacht zu haben berichtet, ist ein Urtheil, so lange Nachuntersuchungen von wirklich competenter Seite fehlen, unmöglich. Nicht blos die Angriffe gegen das Quecksilber, welche jeder Empfehlung antisyphilitischer Panaceen zur Stütze dienen müssen, sondern mehr noch die „physiologischen“ Bemerkungen, deren Unhaltbarkeit im Einzelnen nachzuweisen der dafür aufzuwendenden Mühe kaum werth wäre, müssen jeden Arzt gegen Schriften dieser Art einnehmen. Es bleibt zu bedauern, dass die Verlagsbuchhandlung diese Abhandlung ihrer Sammlung wissenschaftlicher Vorträge einverleibt hat.

Jadassohn.

Ingria (19) hat in vier Fällen die Excision des syphilitischen Primäraffectes ausgeführt. 1. Fall. Harter Schanker am äusseren Vorhautblatte, keine Leistendrüsenschwellung, Excision 4 Wochen nach dem inficirenden Coitus. Heilung p. p. int. Nach 14 Tagen Schwellung der Leistendrüsen, einen Monat darauf Roseola. 2. Fall. Infection an der Haut des Penis nahe am Präputium und zwar an einer noch nicht vollständig vernarbten kleinen Schnittwunde, die durch die Abtragung eines spitzen Condyloms entstanden war. Excision 3 Tage nach dem Coitus, primäre Wundheilung. Das Auftreten von Allgemeinerscheinungen konnte auch in diesem Falle nicht verhütet werden. 3. Fall. Lineares, nicht indurirtes Ulcus am äusseren Blatte der Vorhaut (Patient wurde durch die nämliche Prostituirte, die den Kranken Nr. 2 angesteckt hatte, inficirt). Excision am 4. Tage post coitum. Keine weiteren Folgen. 4. Fall. Erbsengrosses Ulcus mit etwas indurirter Basis am äusseren Blatte der Vorhaut, keine Drüsenschwellung. Excision 11 Tage nach dem inficirenden Coitus. Heilung p. p. int. Nach einem Monat entzog sich der Kranke, der bis dahin keine secundäre Manifestation gezeigt hatte, der weiteren Beobachtung. Ingria gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Zerstörung des syphilitischen Primäraffectes kann bisweilen der Entwicklung der Syphilis vorbeugen, doch lässt sich andererseits nicht leugnen, dass dieses Heilverfahren unzuverlässig ist und namentlich dann keinen Erfolg erhoffen lässt, wenn seit dem Auftreten der Affection bereits einige Tage verflossen sind. Der operative Eingriff ist durchaus nicht indicirt, wenn sich bereits eine Hunter'sche Induration gebildet hat und noch weniger dann, wenn specifische Adenopathien bestehen. 2. Die Zerstörung des Primäraffectes soll nur dann versucht werden, wenn dieser ganz recent und klein ist und wenn der Sitz desselben die Ausführung der Excision ermöglicht, ohne dass eine bleibende örtliche Verunstaltung zu befürchten wäre. 3. Excision kann, auch wenn von derselben ein positiver Erfolg nicht zu erwarten ist, als locales Behandlungsmittel des Primäraffectes von Vortheil sein. 4. Die Excision scheint auf die Abschwächung der Wirkung der Infection keinen Einfluss zu haben. 5. Die Zerstörung suspecter Erosionen, welche noch nicht den Charakter eines syphilitischen Primäraffectes zeigen, ist sehr rationell; wenn auch ihre Wirksamkeit nicht leicht experimentell demonstrirt werden kann, da die Stellung der Diagnose in diesem Zeitpunkte grossen Schwierigkeiten begegnet, lässt sich andererseits nicht leugnen, dass besagte Behandlungsmethode der Allgemeininfection nicht selten vorzubeugen vermag, weshalb dieselbe zum Gebot erhoben werden sollte, unter der Voraussetzung jedoch, dass aus der Excision keine locale Verunstaltung resultiren könne. 6. Die Wahrscheinlichkeit des Erfolges hängt im Allgemeinen von der möglichst frühzeitigen Vornahme der Excision ab; doch scheint es, dass diese Regel zahlreiche Ausnahmen erfahren könne, indem ein nicht näher bekannter

besonderer Factor die Aufnahme des Virus Seitens der Lymphgefässe zu verzögern im Stande ist. 7. Unter den verschiedenen vorgeschlagenen Methoden der Abortivbehandlung der Syphilis verdient die Excision den Vorzug und zwar dann, wenn es sich um einen bereits entwickelten Primäraffect handelt und wenn dieser vermöge seines Sitzes die Ausführung der Operation gestattet; ist dieses nicht der Fall oder hat man eine einfache Ulceration ohne Sklerose vor sich, dann dürfte die Cauterisation mit dem Pacquelin vorzuziehen sein. 8. Die vier Beobachtungen des Autors können nur als Beweis dienen, wie schwierig es ist, den Werth der in Rede stehenden Methode experimentell zu demonstriren: denn die zwei ersten Fälle genügen nicht, um die Methode zu verdammen, während die zwei anderen nicht beweiskräftig genug sind, um ihren Werth festzustellen. 9. Zur endgiltigen Lösung dieses schwierigen Problems bedarf es einer Fortsetzung der Versuche, und müssen diese im geeigneten Zeitpunkte, nämlich wenige Stunden (?), bis wenige Tage nach der Infection ausgeführt werden. 10. Um in die Möglichkeit versetzt zu werden, ein geeignetes Krankenmaterial zur Verfügung zu haben, muss die grosse Masse des Volkes dahin instruirt werden, dass aus scheinbar ganz unschädlichen Ulcerationen die Syphilis entstehen könne, welcher Eventualität wir jedoch durch einen möglichst frühzeitig vorgenommenen chirurgischen Eingriff vorzubeugen vermögen. Dornig.

Balzer et Thiroloix (20). Das Hydrargyrum benzoatum (nach der Vorschrift Stoikowenkoff's) wird nach der Ansicht der Verfasser besser vertragen, als die Injectionen der anderen löslichen Salze; es bietet allerdings ebenfalls den unlöslichen Salzen gegenüber den Nachtheil, dass die Injectionen täglich wiederholt werden müssen. Die Dosirung für hypodermatische Injectionen ist folgende: Hydrarg. benzoat. 0·30, Natrii chlorati 0·10, Cocaïni hydrochlor. 0·15, Aq. destill. 40·0. Balzer gibt ausserdem in solchen Fällen, in welchen der „Sirop de Gibert“ nicht vertragen wird, innerlich als Syrup 0·40 des Benzoats und 20·0 Jodkali pro Liter.
Galewsky.

Hartmann (21) versuchte die subcutanen Injectionen von Hg. oxydul. nigrum purum in einer Reihe von Syphilisfällen; er brauchte zuerst eine Suspension von 1·0 des Mittels in Glycerin und Wasser (āā 5·0), ging jedoch bald zu einer 10procentigen Emulsion in Ol. oliv. purissimum über; er injicirte pro dosi eine Pravaz'sche Spritze voll, also 0·1 Hg. ox. nigri puri. Die Injectionen wurden in 7tägigen Intervallen unter antiseptischen Cautelen gemacht. Abscesse traten in 3·4% der Injectionen auf (! Ref.), Stomatitis wurde 3mal beobachtet. Die nach Injectionen auftretenden Infiltrate waren gering, wenig schmerzhaft und gingen in wenigen Tagen vorüber. Die Schmerzen dauerten 3—4 Tage (!). Zur Beseitigung der syphilitischen Symptome waren 3—6 Injectionen nöthig; auch Kinder vertragen diese Injectionen ganz gut. Szadek.

Cehak (22) hat das schon mehrfach empfohlene Thymolquecksilber an einer grösseren Versuchsreihe mit gleichfalls gutem Erfolge erprobt. Er verwendete 5- und 10procentige Emulsionen mit Paraffinum liquidum zur Injection in die Glutaei, erstere jeden zweiten, letztere jeden vierten Tag. Die durchschnittliche Zahl ersterer war 84, letzterer 6 für maculöse, 14, respective 12 für papulöse Syphilide. Unangenehme Nebenerscheinungen, Infiltrate, Abscesse, Stomatitis wurden nicht beobachtet. Finger.

Lindström (23) versuchte das von Lang und Bender für Injectionsbehandlung der Lues empfohlene graue Oel in 53 Fällen von secundärer Syphilis und hat im Allgemeinen 531 subcutane Injectionen von

Ol. cinereum ausgeführt. Die von Lindström erlangten Erfolge waren keine günstigen, denn obwohl es in keinem Falle zur Abscessbildung kam, wurden in den meisten Fällen nach den Injectionen langdauernde Schmerzen und in 31% der Fälle auch Infiltrationen der Glutäalgegend beobachtet. Die syphilitischen Erscheinungen widerstanden sehr lange dieser Behandlung; in einem einzigen Falle von S. tertiaria konnte man mit 7 Injectionen von je 0·2 Ol. cinerei keine vollständige Beseitigung der Symptome erreichen. Stomatitis wurde beobachtet in 48% der sämmtlichen Fälle, und in einigen Fällen trat sie 1½—2 Monate nach dem Beginne der Injectionscur auf; ausserdem beobachtete Lindström in 5 Fällen Anaemia consecutiva, in 4 Fällen Mercurialdiarrhöen, ferner trat Embolie in 2 Fällen nach 1, respective 3 Injectionen von Ol. cinereum auf.

Szadek.

Nach einer ausführlichen kritischen Besprechung des therapeutischen Werthes der in letzterer Zeit zur Injectionsbehandlung der Syphilis empfohlenen unlöslichen Hg-Präparate, schildert Sirski (24) seine eigenen Erfahrungen folgendermassen: Für hypodermatische Anwendung ist das gelbe Hg-Oxyd wegen seiner Wirksamkeit und geringen localen Symptome den anderen unlöslichen Hg-Verbindungen vorzuziehen; ferner sind auch sehr brauchbar und therapeutisch wirksam Hg. salicyl. und Carbol. oxyd., obwohl diese Präparate im Allgemeinen etwas schwächer zu wirken schienen, als Calomel und Hg. oxydatum flavum. Da die von Smirnow u. A. empfohlenen grösseren Gaben von Hg-Präparaten nicht ohne Gefahr sind (vide die Fälle Runeberg's, Kraus', Lukasiewicz' u. A.), so muss man höchstens 0·05—0·1 von Hg-Oxyd oder Calomel für einmalige Verwendung subcutan anwenden. Als bestes Vehikel für die Suspensionen der unlöslichen Hg-Verbindungen räth der Verfasser: Ol. vaselini, Ol. olivar. und Ol. amygdal. dulc. Die Frage, ob die Injectionen subcutan oder intramusculär ausgeführt werden sollen, kann Verfasser nicht entscheiden; jedenfalls konnte er keine besonderen Vortheile der tiefen Injectionen vor den subcutanen anerkennen. Zum Schlusse betont Sirski die Bequemlichkeit, Wirksamkeit, Reinlichkeit und präcise Dosirung als Vortheile der Behandlungsmethode der Syphilis mit Injectionen unlöslicher Hg-Präparate und hält diese Methode für eine der Inunctionscur gleichwerthige.

Szadek.

Die Vorschriften, welche G. Frank Lydston (25) über die Behandlung syphilitischer Localerscheinungen gibt, sind folgende: Bei der Behandlung von Primäraffecten vermeidet er Caustica, hält die Stellen lediglich trocken und rein. Nur bei Ulcera mixta, mit einer Spur von Induration, ferner bei torpiden Geschwüren und solchen, die nach Verschwinden der Induration absolut nicht heilen wollen, bedient er sich der reinen Carbolsäure mit anschliessender Aetzung von Salpetersäure; in solchen Fällen hält er jedoch den Galvanokauter nach vorhergehender Cocainisirung oft für vortheilhafter. Jodoformsalbe wendet er bei torpiden oder sehr schmerzhaften Geschwüren an. Den Jodoformgeruch coupirt er mit Thymol; auch folgende Formel hat sich bewährt: Rp. Menthol. 5 Gran, Jodoform 4 Drachmen, Spermaceti 2 Drachmen, Cerati q. satis ad 1 Unze. S. Auf Leinwand zu streichen. Bei grosser Schmerzhaftigkeit empfiehlt sich ein Zusatz von Cocain oder Extractum Belladonnae. Zum Trockenhalten von Geschwüren wendet Lydston auch absorbirende Puder an, nach vorheriger Reinigung der Theile mit Sol. Sublimati 1 : 500, oder er feuchtet die Theile mit gewöhnlicher Kochsalzlösung an und pudert ein wenig Calomel dann auf. Als gute absorbirende Pulver empfiehlt er ferner: Bismuth. subnitr. 2 Drachmen, Acid. salicyl. 5 Gran, Zinc. oleat. q. s. ad 1 Unze oder Zink-

oxyd und Lycopodium zu gleichen Theilen. Umständliche Verbände, besonders solche, die zu ihrer Befestigung eine Constriction des Penis bedingen, sind zu vermeiden. Lange persistirende Indurationen mit und ohne Ulceration behandelt er mit heissen Wasserbädern oder Einreibungen von „Oleate of Mercury“ 5%. Als souveränes Heilmittel erscheint Lydston die Excision des Primäraffectes, wo dieselbe möglich ist. Die Roseola erfordert selten besondere Aufmerksamkeit. Zur Beseitigung restirender Pigmentflecke sind Bäder und Einreibungen von 20% „Oleate of Mercury“ dienlich. Schwer heilende papulöse, tuberculöse oder squamöse Efflorescenzen bepinselt er mit folgenden Lösungen: 1. Sublim. corros. 5—20 Gran, Collodii 1 Unze, 2. Sublim. corros. 5 Gran, Tinctura compos. benzoic. 1 Unze. Ebenfalls ist „Tincture of Tolu“ ein vorzügliches Vehikel. Dicke Krusten und Schuppen werden günstig beeinflusst durch Anwendung einer Mercurnitratsalbe. Ulcera erfordern einige Sorgfalt. Jodoformsalben, Oleate of Mercury, Ung. Neapolitanum, gelbe und weisse Präcipitatsalbe sind alle von Nutzen in gewissen Fällen. Gelegentlich muss man mit Höllenstein oder Acid. nitricum hydrargyri die Granulationsbildung anregen. Werden Ulcerationen phagedänisch, so muss Ricords-Paste oder das Ferrum candens angewendet werden. Oft ist reines Brom oder die Application von Ferrum kalio-tartaricum (20 Gran auf 1 Unze) vorzuziehen. Nodi und diffuse, osteo-periostale Schwellungen werden leicht durch Einreibungen mit Quecksilber oder Jodsalben gebessert. Gute Resultate liefern auch subcutane Sublimatinjectionen in die Nähe der Schwellungen, ferner Blasenpflaster. Hartnäckige Kopfschmerzen der Früh- und Spätperiode, mögen sie nun von Entzündungen der Schädelknochen herrühren oder nicht, werden von Einreibungen der Schädelhaut mit „Oleate of Mercury“ 10% bald gebessert. In hartnäckigen Fällen ein Blasenpflaster im Nacken mit nachfolgender Application von grauem Pflaster. Iritis syphilitica behandelt Lydston mit Einreibung der Stirn und Schläfen mit Quecksilberoleat. Dabei muss man sich hüten, Salbe in die Augen zu streichen, da sie ausserordentlich reizt. Gelegentliche Einträuflung einer Sublimatlösung von 1 : 20000 in die Augen ist von prophylaktischem Werth. In schweren Fällen applicire man ein Blasenpflaster auf die Schläfen und bestreiche die wunde Fläche mit Quecksilbersalbe. Plaques muqueuses und schmerzhafte Rhagaden am Munde sollen nicht früher geätzt werden, bis ihre Reizung geringer geworden ist; dann bediene man sich des Acidum nitricum hydrargyri oder Höllensteins. Hartnäckige Papeln oder nach Ulcerationen zurückbleibende Verdickungen sollen mit dem Galvanokauter zerstört werden, da eine Umwandlung in Carcinom möglich ist. Bei entzündlichen Affectionen des Mundes, der Zunge und des Rachens bewährt sich auch folgendes Recept: Rp. Acid. carbol. 10 Gran, Jodi resublimati 5 Gran, Menthol 10 Gran, Ol. Eucalypti „Glycerite of tannin“ āā 2 Drachmen, Boro-Glyceride q. s. ad 1 Unze. Mds. Mittelst Borstenpinsels aufzutragen. Breite Condylome und Schleimhautpapeln verschwinden schnell unter dem schon erwähnten Collodium benzoicum und der Mixtura Sublimati. Calomel und Zinkoleat sind die besten austrocknenden Pulver für diese Erscheinungen.

Ledermann.

Brocq (26) schreibt, dass Hallopeau kürzlich die Aufmerksamkeit auf die Localbehandlung syphilitischer Erscheinungen ganz besonders gelenkt habe. Hallopeau betrachtet jede Erscheinung der Syphilis als ein Centrum zur Vervielfältigung des Giftes, als eine Quelle der Reinfection, die man nothwendig beseitigen müsse. Er empfiehlt zur Entfernung von Schleimhauterscheinungen Mercurnitrat nach vorgängiger Cocainisirung; auch wendet er Sublimat in Pulverform an. Als Abortivbehandlung des indurirten Schankers empfiehlt er feuchtwarme Sublimatcompressen (1 : 500

bis 1 : 3000); diese sind auch bei allen Ulcerationen nützlich. Sublimatbäder werden angewendet, wo die Erscheinungen sehr ausgedehnt sind. Salben und Pflaster müssen für circumscripte Herde reservirt werden. Jodpräparate sind bei der Localbehandlung oft ebenso nützlich, wie solche von Quecksilber. Den ersten Rang nimmt dabei das Jodoform ein. Bei tertiären und secundären Erscheinungen soll man sich mit einer internen Behandlung nie begnügen; gleichzeitig locale kürzt die Dauer der Behandlung oft bedeutend ab. Ledermann.

Zu den frühesten Symptomen der cerebralen Syphilis zählt Corning (27) die heftigen nächtlichen Kopfschmerzen, die sich manchmal nur schwer von Meningitis incipiens, Cerebraltumor und Urämie ihren klinischen Erscheinungen nach unterscheiden lassen. Der prompte Erfolg der Mercurialcur entscheidet dann leicht die Zweifel der Diagnostik. Andere Erscheinungen beginnender Hirnlues sind Schwindel, Störungen der Intelligenz, der sensiblen und motorischen Nervenfunctionen, Verschlechterung des Sehens und Sprechens. Die Störungen der Motilität bestehen in spastischen und paralytischen Erscheinungen. Gewöhnlich werden nur wenige Muskeln betroffen und die grosse Irregularität der vorhandenen Erscheinungen ergibt dann einen ganz charakteristischen Symptomencomplex. Die spastischen Erscheinungen gehören zu den frühesten Erscheinungen und gehen häufig den paralytischen voraus, welche fast ausnahmslos nur eine Körperhälfte befallen. Der Monospasmus und die Monoplegie, zugleich mit ihrer Neigung zum Erscheinen und Verschwinden, sind geradezu charakteristisch für die motorischen Störungen bei Syphilis. Bei Abwesenheit einer guten Anamnese sichern paralytische oder convulsive Symptome in unregelmässiger Folge auftretend oder combinirt mit Parese eines Gehirnnervens die Diagnose der Hirnlues. Ledermann.

Aulde (28). Warme Empfehlung des „Syrup of hydriodic acid" für die Behandlung der Syphilis.

II.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

1. **Keller.** Ueber Hautresorption im Bade. — Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte, Nr. 6, 1890.
2. **Quinquaud.** Microbes pyogènes de la peau. — Wochensitzung d. Aerzte d. Hôp. St. Louis, Februar 1889, Ann. de derm.
3. **Böhm** Max. Ueber die Kalkentartung der Arterien. — Naturärztliche Zeitschr., I. Jahrg., 1890, Nr. 15, 16.
4. **Eichhoff.** Ueber die dermato-therapeutische Wirkung des Aristol. — Monatsh. f. prakt. Derm., Nr. 2, 1890.
5. **Casati.** Il magistero di bismuto come sostituto all' iodoformio. — Il Raccoglitore med. 1889, Nr. 17.
6. **Oliva.** Gli innesti cutanei secondo il processo del Thiersch. — Gazz. med. di Torino, Giugno 1889.
7. **Ludwig** E. Die Mineralquellen Bosniens. — Wiener klin. Wochenschr. 1889. (Die arsenhaltigen Quellen von Srebrenico. Pag. 56—66 des Separat-Abdruckes.)
8. **Schwimmer** E. Mittheilung über einige neue Mittel in der Dermato-Therapie. — Gyógyászat 1889, Nr. 1, 2, 3.

Keller (1) berichtet über folgende Versuche: I. 3% Kochsalzbäder zu 35° C. mit 30 Min. Dauer bei streng geregelter Lebensweise und tägliches Einnehmen von 2 Gr. Kochsalz. Vermehrung des Chlors an den Badetagen um 42·7% und Vermehrung der Harnmenge um 11·90%. II. Süsswasserbäder zu 35° C. und 30 Min. Dauer unter den gleichen Bedingungen wie I. Verminderung des Chlors um 33%, Verminderung der Harnmenge um 10·7%. III. 6% Kochsalzbäder zu 35° C. und 30 Min. Dauer unter den gleichen Bedingungen wie I. und II. Vermehrung des Chlors um 6·2%, Verminderung der Harnmenge um 2·7%. IV. Versuche mit 3% Nat. jod.-Bädern zu 35° C. und 60 Min. Dauer und zwar 5 Arm-Handbäder (4 negative, 1 positives Resultat), 2 Sitzbäder (1 positives, 1 negatives Resultat), 3 Fussbäder (3 negative Resultate). Die bedeutende Vermehrung der Chlorabgabe im Urin während der Periode mit 3% Kochsalzbädern hat also nicht die Ursache in einer Resorption durch die Haut. Der beschleunigende Einfluss auf die Blut- und Lymphe-Circulation möchte sonst die Ursache sein. Denn auch bei ähnlichen Versuchen: Einfluss des Alkohols oder der Massage auf den Stoffwechsel wurden starke Steigerungen

der Chloralausscheidungen gefunden, bei ersteren 30%, bei letzteren 49·3%, was bei der erheblichen Aufspeicherung von Chlor im Körper leicht möglich ist. Eine Resorption von Joddämpfen durch die Lungen ist auszuschliessen, denn bei Destillation von Badeflüssigkeit konnte kein Jod im Destillat gefunden werden. Verwundungen der Haut waren ebenfalls nicht nachzuweisen. Resorption durch die Urethra wäre möglich. Die Haut imbibirt sich sehr bedeutend, so dass nach 3 Stunden noch Jodnatrium aus der Haut herausgewaschen werden kann. In Anbetracht der stark überwiegenden Zahl der Versuche mit negativem Resultate wird eine Resorption durch die gesunde menschliche Haut ausgeschlossen.

Quinquaud (2) fand an der Oberfläche der Haut, abgesehen von den bekannten Parasiten, die von aussen in die Haut eindringen und die bekannten Mycodermen erzeugen, zahlreiche pyogene Mikroben, welche gänzlich verschieden sind von jenen, welche man bei chronischen Eiterungsprocessen gefunden hat. Es handelt sich nicht um Streptococcus und Staphylococcus der Suppuration, sondern um äussere Organismen, von welchen man Reinculturen machen und welche man von Thier zu Thier injiciren kann. Der eine dieser Mikroben erzeugt eine Eiterblase, der andere eine Pustel, ein dritter specielle Pyämie. Diese pyogenen Mikrophyten finden sich bei schuppenden Affectionen, z. B. der Psoriasis, als deren Erreger sie durchaus nicht betrachtet werden dürfen. Der eine Streptococcus ist ein von dem bekannten Streptococcus pyogenes ganz verschiedener; er verflüssigt Gelatin nur überaus langsam. Einem Kaninchen injicirt, erzeugt er bei demselben allgemeine Abmagerung und innerhalb mehrerer Monate sich langsam entwickelnde Eiterherde in den Augen, in der Haut, in den Lungen. Es ist dies also ein Pilz besonderer Art, den man bisher nicht gekannt hat. Analog findet man beim Menschen öfters chronische Eiterungen in der Haut, welche man in den Rahmen der uns bekannten Hautaffectionen nicht einpassen kann und für welche man eine Entstehungsursache nicht kennt. Es liegen vielleicht also bisher nicht gekannte Infectionen vor. Quinquaud fand in der Hautoberfläche mehrere Arten von Streptococcus, in der Psoriasisschuppe allein sogar mehrere Arten. Es gibt also Coccen in der Haut, welche wahrscheinlich bei verschiedenen Hautleiden eine Rolle spielen, andere wieder, welchen in den Producten, in welchen sie sich vorfinden, eine solche bezüglich deren Entstehung nicht zukommt. W. Pollak.

Anschliessend an den bekannten Artikel des Dr. Alanus über Arteriosklerose in Folge von Vegetarismus, in welchem Alanus dem grösseren Kalkreichthum der Pflanzenkost Schuld am vorzeitigen Eintritt dieser funesten Erscheinung an sich selbst und bei Anderen beimisst, bespricht Böhm (3) die Kalkablagerung im menschlichen Körper und deren Heilwerth. Böhm bemerkt, dass der Körper im Allgemeinen mehr Kalk mit der Nahrung aufnimmt, als derselbe braucht; der Rest werde mit dem Harn, der Milch, bei rhachitischen Kindern mit dem Schweiss (?) ausgeschieden. Böhm bespricht nun die verschiedenen physiologischen Verkalkungen, als: Knochenbildung, Zahnbildung, kommt dann zu dem Satze, dass die Verkalkung bei pathologischen Processen, speciell bei Callusbildung, und die Verkalkung tuberculöser Herde eine Art Naturheilung, keineswegs aber etwas dem Organismus Schädliches bilde. Darauf bemerkt er, dass Rhachitis und Osteomalacie ebenfalls nicht von dem Kalkgehalt der Nahrung, sondern von anderen Umständen abhängen. Was den „Fall Alanus“ anbelangt, bemerkt Böhm ganz richtig, dass das Wesen der Endarteritis deformans nicht in den Kalkablagerungen, sondern in fettiger Degeneration und Zellwucherung bestehe, welche doch wohl nicht von kalkreicher Nahrung herrühre, umsomehr, als man sonst ganz andere Aetio-

logien dafür anführe, als gerade Pflanzenkost. Uebrigens meint Böhm, sei die Kalkablagerung bei Endarteritis deformans nur erwünscht und könne Alanus der Pflanzenkost nichts Besseres nachsagen, als dass sie bei diesem Leiden Verkreidung herbeiführe. Diese Behauptung nimmt Böhm des Weiteren als bewiesen an und empfiehlt demnach die Pflanzenkost als Naturheilmethode bei Endarteritis und Tuberculose, wo, wenn es möglich sei, Verkalkung nach Wunsch herbeizuführen, die Heilbarkeit eines somit für unheilbar gehaltenen Leidens gegeben sei. Es folgen noch einige Bemerkungen, dass Endarteritis gerade bei wohlhabenden (also auch viel Fleisch geniessenden) Leuten häufig vorkomme, und eine Polemik gegen Gebler's (Alanus' Gewährsmann) Behauptung, dass die Endarteritis in Klöstern wegen der Pflanzenkost häufig sei, wobei Böhm treffend auf das Unhygienische des Klosterlebens aufmerksam macht. Schliesslich empfiehlt Böhm noch einmal die Pflanzenkost als Heilmittel bei Gefässerkrankungen.

Hock.

Eichhoff (4) hat auf der dermatologischen Station zu Elberfeld Versuche mit Aristol oder Jodthymol angestellt. Dasselbe wurde ihm von der Farbenfabrik, vorm. Bayer & Comp., in Elberfeld zugesendet. Das Mittel wird angeblich dargestellt durch Fällung von alkalischer Thymollösung mit Jodjodkalium. Es soll dabei das Jod in die Hydroxylgruppe des Thymols eintreten, da der Körper in Alkali unlöslich ist. Das Aristol ist ein braunes amorphes Pulver, unlöslich in Alkohol, Glycerin, Wasser, leicht löslich in Aether und fetten Oelen von schwachem Thymolgeruch, sehr zersetzlich, daher in dunkeln Gläsern aufzubewahren. Eichhoff hat dieses Mittel statt Jodoform bei verschiedenen parasitären Affectionen angewendet. So bei Eczema cruris parasitarium et ulcus e varicibus. Seifenwaschungen, horizontale Lagerung, dreimal tägliche Application einer 10% Aristolsalbe unter Guttaperchapapier nach jedesmaliger Reinigung. (Die Besserung, welche hier durch Aristol erzielt wurde, wäre gewiss bei derselben Therapie erfolgt, wenn Autor die Aristolsalbe durch eine indifferente ersetzt hätte. Ref.) Bei einem Fall von Lupus exulcerans faciei hat jedoch Autor einen geradezu idealen Erfolg erzielt, indem derselbe, der fast das ganze Gesicht einnahm, überall exulcerirt war, nach vierwöchentlicher Application einer 10% Aristolsalbe fast vollständig vernarbte. Bei Psoriasis hat Eichhoff das Mittel ebenfalls angewendet, jedoch gibt er an, dass dasselbe zwar entschieden Wirksamkeit zeigt, aber dem Chrysarobin und Pyrogallus an Raschheit derselben weit nachsteht. Ein Herpes tonsurans capillitii (3—4 kleine Plaques am Hinterhaupt) heilte nach 10 Tagen. Ulcera post scabiem heilten rasch unter zweimal täglich gewechseltem Verband mit 5% Aristol. Ebenso erwies sich 10% Aristol wirksam bei luetischen Geschwüren, wo Sublimat versagt hatte. Ulcera mollia glandis heilten unter Aristol nicht, sondern erst unter Jodoformbehandlung. Es ist Aristol somit ein brauchbares Antiparasiticum. Toxische oder reizende Wirkung zeigte Aristol nirgends. Ebenso war es nicht möglich, bei dem citirten Fall von Lupus, wo das Medicament auf eine grosse wunde Fläche angewendet wurde, sowie bei Psoriasis, Jod im Harne nachzuweisen. Verfasser kommt zu dem Schluss, dass Aristol bei Lupus geradezu specifisch (besser als Sublimat oder Jodoform) wirkt, bei Psoriasis als langsam aber sicher wirkendes Mittel, dem Pyrogallus und Chrysarobin zwar an Promptheit der Wirkung nachsteht, dagegen wegen der Ungiftigkeit und dem Fehlen der üblen Folgen (Dermatitis, Conjunctivitis bei Chrysarobin) in vielen Fällen vorzuziehen sei. Ausserdem hofft Eichhoff, dass das Medicament sich auch intern bei Tuberculose und ähnlichen Affectionen bewähren werde, vielleicht auch bei Lues als Jodmittel, Eichhoff glaubt

daher, in dem Aristol ein wichtiges Ersatzmittel für Jodoform in vielen Fällen gefunden zu haben. Hock.

Casati (5) glaubt im Bismuthum subnitricum, welchem er antiseptische Eigenschaften zuspricht, ein ausgezeichnetes Ersatzmittel für das Jodoform gefunden zu haben. Er wendet das Präparat sowohl in fein gepulvertem Zustande als auch in Salbenform mit Vaselin (10 : 30) an. Die Ergebnisse seiner therapeutischen Versuche fasst er folgendermassen zusammen: 1. Das Bismuthum subnitricum vermindert die eiterige Secretion granulirender Wunden. 2. Regt es die Granulationsbildung an. 3. Aeussert es niemals gefährliche Nebenwirkungen. 4. Uebertrifft es an Wirksamkeit bei Weitem das Jodoform. Dornig.

Oliva (6) empfiehlt die in Italien wenig gekannte und noch weniger gewürdigte Methode der Hauttransplantation nach Thiersch, deren Vorzüge darin bestehen sollen, dass, da das zu transplantirende Hautstück dem Kranken selbst entnommen wird, die Gefahr einer Uebertragung von Syphilis, Tuberculose etc. stets vermieden werde (diese Gefahr lässt sich bei einem anderen Verfahren ebensogut vermeiden Ref.), dass die Vernarbung sehr rasch erfolge und dass die Narben selbst viel regelmässiger und haltbarer seien als bei irgend einem anderen Verfahren. Dornig.

Prof. Ludwig (7) hat im Auftrag des Reichsfinanzministeriums die Mineralquellen Bosniens einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Dabei stellte sich heraus, das neben zahlreichen (circa 30) Säuerlingen und Schwefelquellen eine Gruppe von arsenhaltigen Eisenquellen sich im Occupationsgebiet befinde, welche die zwei in Oesterreich existirenden Quellen, Roncegno und Levico, an Ergiebigkeit weit übertreffen. Diese Entdeckung kam umso überraschender, als gerade diese Quellen zwar von den Einwohnern sehr geschätzt waren, sonst jedoch, auch in Bosnien selbst, so gut wie unbekannt waren, so dass dieselben nicht einmal in dem von der Landesregierung zusammengestellten Verzeichniss enthalten waren. Ludwig hält gerade diese Quellen für die wichtigsten des Occupationsgebietes. Srebrenico ist eine alte Bergstadt, welche in Römer- und Slavenzeiten einen lebhaften Betrieb aufwies, welcher unter der Türkenherrschaft verfiel. Die dort vorkommenden Mineralien sind Eisenkies, Arsenkies, Fahlerz, silberhaltiger Bleiglanz, Blende etc. Diese Mineralien unterliegen im ganzen Gebiet unter dem Einflusse der atmosphärischen Luft einem lebhaften Zersetzungsprocesse, welchem die zahlreichen Quellen der Umgebung ihren Gehalt an Arsen und Eisen verdanken. Ebenso haben sich mächtige Ockerlager gebildet, welche auf etwa 20,000.000 Kilogramm geschätzt werden. Die drei wichtigsten Quellen sind: Črni Guber, Mala Kiselica und Velika Kiselica. Die Quelle Črni Guber hat eine Mächtigkeit von 300 Litern pro Minute. Das Wasser ist, frisch geschöpft, krystallhell, farblos und geruchlos, es schmeckt intensiv nach Eisenverbindungen; die Reaction ist sauer. Die chemische Analyse ergibt in 10.000 Theilen: Chlornatrium 0·017, schwefelsaures Kalium 0·166, schwefelsaures Natrium 0·037, schwefelsaures Magnesium 0·219, Calcium 0·209, schwefelsaures Eisenoxydul 3·734, schwefelsaures Mangan 0·09, schwefelsaures Zink 0·078, schwefelsaures Aluminium 2·277, freie Schwefelsäure 0·093, Arseniksäure Anhydrid **0·061**, ausserdem Spuren von Lithion, Kupfer, organische Substanzen 0·074, etwas Kieselsäure und saures phosphorsaures Natron. Die Quelle Mala Kiselica hat eine Ergiebigkeit von 180 Litern, einen Arsengehalt von 0·030, einen Eisengehalt von 3·219; dieselbe zeigt reichliches Aufsteigen von Gasblasen; das Gas enthält CO_2 3·14, N. 96·86%. Die Quelle Velika Kiselica enthält bei einer Ergiebigkeit von 60 Litern

nur 0·011 Arseniksäure Anhydrid und 1·712 schwefelsaures Eisenoxydul. Diese Quellen stehen somit in ihrer Zusammensetzung den Quellen von Levico sehr nahe. Die Unterschiede derselben zeigt folgende Zusammenstellung:

	Arseniksäure anhydrid	Eisenverbindungen
Levico Badequelle I . . .	0·087	38·7
„ „ II . . .	0·905	51·3
„ Trinkquelle	0·0	5·5
„ Mischungswasser . .	0·009.₅	9·3
Černi Guber	0·061	3·734
Mala Kiselica	0·030	3·219
Velika Kiselica	0·011	1·712

Der Arsengehalt verhält sich zum Eisengehalt beim starken Levicowasser circa wie 1 : 500, beim schwachen Levicowasser circa wie 1 : 1000, beim Guber-Wasser circa wie 1 : 60, beim Mala Kiselica circa wie 1 : 100, beim Velika Kiselica circa wie 1 : 160. Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass die Srebrenicaquellen, besonders die Guberquelle, an Arsengehalt den starken Levicoquellen nahe stehen, das schwache Levicowasser weit übertreffen. Der Eisengehalt ist ein bedeutend geringerer. Dies ist jedoch dort ein Vortheil, wo Arsenwirkung hauptsächlich gewünscht wird, z. B. bei Psoriasis und Lichen ruber. Allerdings eignet sich das Wasser nicht dazu, diese Affectionen direct zu behandeln (1 Liter Guber-Wasser = 1 asiatische Pille), dagegen dürfte es bei der Nachbehandlung, wenn man geringe Arsendosen fortzugeben wünscht, wesentliche Vorzüge vor Levico und Roncegno haben, da diese Wässer hauptsächlich Eisenwässer sind und in grösserer Menge nicht vertragen werden, während bei dem Guber-Wasser hauptsächlich Arsenikwirkung auftritt und das Wasser bei seinem relativ geringen Eisengehalt unverdünnt in grösserer Menge vertragen wird. Diese Quellen werden daher jedenfalls in der internen Therapie der Hautkrankheiten eine wichtige Rolle spielen. Hock.

Schwimmer (8). 1. Hydrargyrum salicylicum ist ein ausgezeichnetes Antilueticum, das rasch ins Blut aufgenommen und ebenso rasch wieder durch die Nieren eliminirt wird. Dieser raschen Resorption ist die stets und bald nach der Anwendung des Medicamentes auftretende Stomatitis et Gingivitis mercurialis zuzuschreiben. Ebenso wird die Magen- und Darmschleimhaut stets irritirt, weshalb auch das Medicament mit Opium zu verordnen ist. Schwimmer schliesst mit dem Ausspruch, dass das Hydrargyrum salicylicum unter den intern zu verabreichenden Mercurial-Verbindungen das wirksamste ist. 2. Oxynaphtoe-Säure wird bei luetischen und venerischen Geschwüren ohne Erfolg angewendet. Das Medicament verursachte stets eine solch starke Reaction, dass von dessen weiterer Anwendung sehr bald abgesehen werden musste. Guter, befriedigender Erfolg wurde damit erzielt bei Scabies. Zur Anwendung kam folgende Salbenform: Acid. naphtoeici, Cret. alb., Sapon. virid. āā 10·0; Axung. 100·0; M. f. ung. In dieser Form wird keine Reizung der Haut verursacht. Nach 3—4 Einreibungen werden die Milbengänge zerstört und die Milben getödtet. Gleich werthvoll ist dieses Medicament bei Excoriationes ex pediculis et cimicibus. Keine befriedigenden Resultate wurden bei durch pflanzliche Parasiten verursachten Hautkrankheiten erreicht, da seine Anwendung auf der Haut keine Reaction hervorruft. Bei Prurigo mittleren und leichteren Grades wurde eine 10%ige Salbe für Erwachsene, eine 5%ige für Kinder mit Erfolg gebraucht. Nach 6—8tägiger Anwen-

dung schwindet das Jucken, die Excoriationen heilen, die Prurigo-Knötchen aber werden nicht zum Schwunde gebracht. 3. Anthrarobin wurde bei Psoriasis, Herpes tonsurans, Eczema marginatum und Pityriasis versicolor angewendet. Bei Psoriasis ist seine Wirkung vollständig ungenügend, bei Dermatomykosen hingegen ist der Erfolg vollständig zufriedenstellend. Es kam eine 10%ige Anthrarobin-Lanolinsalbe, täglich zweimal eingerieben, zum Gebrauche. Nach zehn Tagen trat vollständige Heilung ein. Als Nachtheil des Anthrarobin sei erwähnt, dass die Wäsche gefärbt wird.

Havas.

Anomalien der Secretion und des Secretionsapparates.

Goliner. Zur Therapie der Hyperidrosis localis. — Allg. med. Centr.-Ztg. 1890, Nr. 10.

Seit v. Bärensprung und Hebra hat man mit der Tradition gebrochen, die „Unterdrückung" des Fussschweisses zu vermeiden und hat aus der Ueberlegung, dass die intensive locale Abkühlung der Haut wohl als Ursache einer Reihe von katarrhalischen Affectionen aufgefasst werden könne (Winternitz) sich die „Vertreibung" des lästigen Uebels sehr angelegen sein lassen. Die bisher bekannten Mittel leisten nicht allzuviel, nur von dem von Brandau empfohlenen Liquor antihidrorrhoicus kann Verfasser nach 5 Fällen günstiger berichten; er hat nicht nur Aufhören der Hyperidrosis pedum beobachtet, sondern auch günstige Beeinflussung von Pharynx und Nasenerkrankungen ja selbst von Athembeschwerden gesehen! Es wurden circa 10 Minuten währende Fussbäder mit dem genannten Mittel angewandt, dann die Füsse in Seifenwasser abgespült und sorgfältig abgetrocknet. Verfasser hat höchstens 15 Bäder (je zwei die Woche) zur völligen Beseitigung des Grundübels und seiner Folgezustände gebraucht.

Hans Stern.

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

(Infectiöse Entzündungsprocesse.)

1. **Lomer.** Masern in der Schwangerschaft. Geburt eines mit Masernexanthem behafteten Kindes. — Centralbl. f. Gynäkol. 1889, Nr. 48, S. 826.
2. **Morel-Lavallée.** Rougeole survenue chez un enfant atteint d'urticaire pigmentée. — Ann. de derm. et de syph., Paris 1889.
3. **Katz.** Ueber scarlatinöse Labyrinthentzündung. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 41.
4. **Medvei** B. Zwei Influenzafälle mit Erythema papulatum. — Internat. klin. Rundschau 1890, Nr. 4.
5. **Minauf** A. Influenza-Exanthem. — Wiener med. Presse 1890, Nr. 12.
6. **Török e Tommasoli.** Contributo allo studio del così detto epitelioma contagioso. — Riforma med., Agosto 1889.
7. **Besnier.** Lupus vaccinal. — Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis, März 1889 (Ann. de derm.).
8. **Feulard.** Lupus tuberculeux de l'avant-bras durant depuis 68 ans sans trouble grave de la santé. — Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis.
9. **Taylor** R. W. Chronische Entzündung, Infiltration und Ulceration der äusseren Geschlechtstheile des Weibes. — New-York Med. Journ. 1890.

10. **Demme** R. a) Tuberculöse Infection einer ulcerativen Mastitis und b) multiple Tuberculose der Mund-, Gaumen- und Rachenschleimhaut. — Klinische Mittheilungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. (Bern 1889.)
11. **Mibelli.** Contribuzione alla istologia del rinoscleroma. — Atti della R. Accad. dei fisiocritici di Siena 1889.
12. **Dehio** Carl. Ueber die Erkrankung der peripheren Nerven bei der Lepra. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1889, Nr. 42, S. 362—365.
13. **Campana.** Tentativi ripetuti ma senza risultato positivo nella coltura del bacillo leproso. — Riforma med. Ottobre 1889.
14. **Takács** A. Ueber Pellagra. — Orvosi hetilap, 1889, Nr. 17.
15. **Schwimmer.** Zur Pellagrafrage in Ungarn. — Orvosi hetilap 1889, Nr. 20.
16. **Major.** Derselbe Gegenstand. — Orvosi hetilap, Nr. 26.
17. **Török** Ludwig. Zur Lichen ruber - Frage. — Orvosi hetilap 1889, Nr. 32.

Lomer (1). Eine 22jährige Primipara erkrankte am 7. Juni mit Prodromalerscheinungen, gebar am 8. Juni Abends fünf Wochen zu früh ein Kind, welches am 9. Juni wie die Mutter ein deutliches Masernexanthem (Dr. Storch) zeigte. Als Lomer die Patientin am 11. Juni sah, stand bei der Mutter das Exanthem noch, während bei dem Kinde noch einige dunkle Flecken an Stirn und Brust vorhanden waren. Das Kind starb nach 4 Wochen an Darmkatarrh. Lomer erinnert an die Mittheilung Gautier's (Ann. de Gynécol. 1879, pag. 321), der 11 Fälle von Masern bei Graviden zusammenstellte. In Gautier's Fall blieb das Kind, trotzdem es von der Mutter gestillt wurde, von der Erkrankung verschont, in 6 anderen Fällen, in denen die Infection auch im letzten Schwangerschaftsmonate erfolgte, war das Exanthem bereits unmittelbar post partum vorhanden oder trat bald nachher auf. In vier Fällen wurde die Gravidität durch die Infection unterbrochen. Falkenheim.

Morel-Lavallée (2) beschreibt einen Fall von Masern, welcher einen Knaben betrifft der an einer, am ganzen Körper ausgebreiteten Urticaria pigmentosa litt. Die Morbillen waren von einer ungewöhnlichen Heftigkeit, nahmen jedoch einen regelmässigen Verlauf und endeten mit einer kleinen schuppenförmigen Desquamation, sogar die Zunge desquamirte; dabei bestand intensives Jucken am ganzen Körper, jedoch trat trotz unausgesetztem Kratzen keine neue Eruption von Urticaria auf. Die Urticaria zeigte während des Bestandes des acuten Exanthems die Eigenthümlichkeit, dass sie von diesem in keiner Weise nachtheilig beeinflusst wurde. Auffällig war es, dass die Urticariaflecke durch das massenhafte heftige acute Exanthem verschont blieben. Auf Urticaria waren Masernflecke nicht zu sehen. W. Pollak.

Katz (3). Die Erkrankung der Paukenhöhle im Verlaufe des Scharlachs kann eine dreifache sein: 1. zottige Anschwellung der Schleimhaut, 2. ulcerative Vorgänge an der Schleimhaut, so dass der Knoten freiliegt, 3. acutcariöse Processe nicht nur an den Gehörknöcheln, sondern auch an der Labyrinthwand. Katz beschreibt zwei Sectionsfälle die den Weg erläutern, auf dem es im Verlauf einer Meningitis zur Taubheit kommt, respective wie beim Scharlach nervöse unheilbare Taubheit entstehen kann. Im ersten Fall war es bei einem 7jährigen Knaben nach schwerem Scharlach mit Rachendiphtherie auf dem Wege der Tuba Eustachii zur Eiterung in der Paukenhöhle gekommen, es war dann der Process durch Vorhof und Schnecke in den Meatus auditorius internus vorgedrungen und

hatte schliesslich die Meningen ergriffen. Das Ohr bot das Bild der Panotitis. Auf dem linken Ohr, das intra vitam keine Symptome gezeigt, war das Trommelfell intact, makroskopisch im Ohrinnern keine Veränderung; mikroskopisch im Labyrinth eiterige Entzündung, nekrotischer Zerfall der ersten Schneckenwindung — der Nervus acusticus, soweit er im Meatus internus liegt, von Eiterzellen durchsetzt. Im zweiten Fall von Scharlach mit Rachendiphtheritis und beiderseitiger Ohreneiterung hatte der Process von der Paukenhöhle aus die Gehörknöchelchen ergriffen, auf dem Steigbügel war ein dicker fibrinöser Belag, desgleichen in allen Windungen der Schnecke und in den Vorhofsgebilden. Auch der Nervus acusticus war hier von Eiterzellen durchsetzt. Zur Meningitis war es nicht gekommen.

H. Stern.

Am zweiten Tage der Erkrankung an Influenza beobachtete Medvei (4) bei einem Ehepaare eine auf Brust und Arme beschränkte Eruption von Erythema papulatum. Dasselbe war in wenigen Tagen geschwunden. Es war vorher kein Antipyreticum genommen worden.

Minauf (5) hat im Vereine mit Wawra in Amstetten (Niederösterreich) an 23 Fällen von Influenza jugendlicher Individuen ein quaddelartiges Exanthem beobachtet, welches bei Einigen in der Influenza-Reconvalescenz, bei Anderen am 2.—4. Tage der Influenza-Erkrankung neben den anderen Symptomen der letzteren erschienen war. Dasselbe betraf vorwiegend Gesicht und Oberkörper und nur mässig die Unterextremitäten, indem es von den erst befallenen Stellen aus sich rasch flächenhaft verbreitete. Mitten darin fanden sich punktförmige Hämorrhagien. Jucken mässig. Das Exanthem hatte binnen 24—36 Stunden seine Höhe erreicht und schwand in den folgenden 24—36 Stunden ohne Schuppung, mit Hinterlassung von geringer Pigmentirung. Minauf hält die Eruption für ein Exanthem sui generis und schlägt für dasselbe den Namen Influenza-Exanthem vor, denn, wie der Verfasser sagt, „Urticaria war es sicher nicht". (Wir denken, dass der Autor sich selbst Unrecht gethan hat. Da er das Exanthem so exact als Urticaria beschrieben hat, so möge er es denn auch ohne Zagen so nennen. Peripheres rapides Fortschreiten, Petechien, eventuell auch Blasenbildung hindern nicht Quaddeln für das zu nehmen, was sie sind, i. e. Urticaria. Wir hätten aus der interessanten Mittheilung Minauf's erfahren, dass Urticaria ebenfalls zu den Symptomen der Influenza gezählt werden muss. Es wäre nur noch erwünscht gewesen zu wissen, ob die betreffenden Kranken nicht Antipyrin oder Antifebrin, Phenacetin oder Chinin genommen hatten, denn in solchem Falle wäre die Urticaria nicht als Effect der Influenza-Infection aufzufassen, sondern als Arznei-Exanthem. Red.)

Török und Tommasoli (6) sprechen sich auf Grund ihrer das Epithelioma (s. Molluscum) contagiosum betreffenden histologischen, bakteriologischen und chemischen Untersuchungen gegen die parasitäre Natur der „Molluscum-Körperchen" aus. Dornig.

Besnier (7) zeigt einen 18jährigen Kranken, welcher am linken Arme im Niveau der Impfnarbe einen Lupus vulgaris trägt, der seit der Impfung, das ist seit 17 Jahren, besteht. In der Familie des Kranken existirt weder Tuberculose noch Lupus. Vidal nennt diesen Lupus einen Lupus vaccinalis, nicht weil er seit der Impfung besteht oder weil er die Impfnarben occupirt, sondern weil er der Meinung ist, dass der Lupus in diesem Falle entweder mit der Impfung oder während der Evolution der Vaccine übertragen wurde, womit er nicht gesagt haben will, dass dieser Lupus von einem anderen Lupus direct stammen oder der Lupus über-

impfbar sei. Vidal bemerkt hiezu, dass es bis heute nicht erwiesen sei, ob man den Lupus vom Menschen auf den Menschen überimpfen könne. Seine Versuche, sich selbst Lupus zu inoculiren, sind alle misslungen. Er glaubt, dass im vorliegenden Falle die Vaccination zu beinzichtigen wäre.

W. Pollak.

Feulard (8) stellt eine 75jährige Kranke vor, welche seit 68 Jahren einen Lupus vulgaris des Vorderarmes trägt. Im Alter von 10 Jahren wurde sie schon von Biett mit Erfolg an diesem Lupus behandelt. Damals hatte der Lupus die Ausdehnung eines Zweifrancsstückes. Seitdem wurde der Lupus nicht mehr behandelt, obschon er recidivirte. Dabei ist der Allgemeinzustand der Patientin ein vortrefflicher; die Lungen sind frei und klagt die Kranke nur, dass der Lupus die freie Bewegung des Vorderarmes behindert. Das Interessante an diesem Falle ist der gelieferte Nachweis, dass der Lupus lange perenniren kann ohne den Gesundheitszustand des Kranken zu alteriren. Hallopeau, knüpft an diesem Falle an und theilt ein Pendant desselben mit. Ein noch lebender Beamter wurde im Jahre 1838 von Biett und Lugol an einem Lupus behandelt, der heute noch nicht geheilt ist. (Derartige Beobachtungen von seit Kindheit bis in die Sechziger und Siebziger Lebensjahre, bei sonstiger ungestörter Gesundheit des Betroffenen, bestandenem Lupus haben wir wiederholt zu sehen Gelegenheit gehabt und in unseren bezüglichen Arbeiten nachdrücklich hervorgehoben. Red.)

W. Pollak.

An typischen, für diesen Zweck auserlesenen Fällen führt Taylor (9) den Nachweis, dass die Ansicht Huguier's, in dieser Krankheitsform Lupus zu erkennen, eine vollständig irrige ist. Das klinische Bild stellt sich als eine Verdickung der grossen und kleinen Schamlippen, des Präputium clitoridis, der Afterfalten, des Mittelfleisches und der Hymenalcarunkel dar; wobei die Gewebe eine ungewöhnliche Härte und Derbheit erreichen, nachdem sie, besonders die Schleimhauttheile, ein etwas elastischweiches Anfangsstadium durchliefen. Die Vergrösserung der grossen und kleinen Labien, ebenso die der Vorhaut der Clitoris kann solche Dimensionen annehmen, dass diese Gebilde wie lange Lappen an ihrer Basis herabhängen; die Afterfalten und das Perineum sehen in stark ausgebildeten Fällen wie mit Kämmen bedeckt aus. Auf der Schleimhautfläche des weiblichen Genitales, besonders um die Harnröhre herum, als auch im Introitus vaginae kommt es zur Bildung erbsen- bis erdbeerengrosser Gewächse von blassrother Farbe, die zu heftigem Jucken führen. Im Laufe der Zeit, besonders bei nachlässigen Personen, können diese Gebilde an Grösse zunehmen, selbst ihren Charakter ändern und bösartige Tumoren bilden. Diesen Verdickungen und Hyperplasien gehen gonorrhoische Reizungen der Vagina, herpetische Geschwüre, Traumen der Genitalien, weiche und harte Schanker, secundäre Producte der Syphilis und endlich Geschwürsproducte aus der Spätperiode der Syphilis voraus. Merkwürdig ist die in manchen Fällen ziemlich rasch vor sich gehende Entwickelung der Hyperplasie; wie in einem Falle beispielsweise schon nach 18 Monaten die Verdickung sich entwickelte. In keinem Falle konnte Taylor Lupus in diesem Krankheitsbilde erkennen. Die Krankheit trat zumeist bei Individuen in den besten Jahren zwischen 20—40 auf. Die histologischen Veränderungen spielten sich im Corium besonders ab; die Veränderungen der Epidermis sind nicht von grossem Belange. Im Corium trat die Veränderung an den Blutgefässen, den Lymphräumen und am Bindegewebe selbst auf. Die Gefässe zeigen auf dem Querschnitte eine Verdickung der Intima und eine Wucherung der Adventitia. Im Bindegewebe fand Taylor eine Vermehrung der Bindegewebskörperchen und deren Verwandlung zu grossen

langen, dicken Körpern, mit deutlichen Zeichen von Theilungsvorgängen; ferner waren ganze Lager von Rundzellen in Form von Nestern zu gewahren, in deren Mitte einige Riesenzellen mit mehreren Kernen sich befanden. Die Bindegewebsfasern zeigten sich vermehrt in allen derben Geschwulstfällen. (Wir glauben Taylor nur beistimmen zu können und sehen gleichfalls in dieser Affection nichts von Lupus, sondern Elephantiasis s. Pachydermia. Red.) Horovitz.

Demme (10). a) Ein 6 Monate alter Knabe, von einer tuberculösen Mutter abstammend und 3 Monate lang von derselben gesäugt, abgemagert und schlecht entwickelt, zeigte über der linken Brustdrüse einen zweifrankengrossen, geschwürigen Hautdefect. Die Geschwürsränder waren zackig, gewulstet und theilweise unterhöhlt. Die Geschwürsfläche stellte sich schmutzig graugelb dar und liessen sich auf derselben kleine, hirsekorngrosse Höckerchen unterscheiden. Von der Brustwarze war nichts zu sehen. Die Drüsen der linken Achselhöhle, ebenso einige Unterkieferdrüsen waren schwach geschwellt. Ein Probestück der Geschwürsfläche ergab, dass die kleinen Knötchen Tuberkel waren, die Bacillen in grossen Haufen zeigten. Auch die Ueberimpfung auf Meerschweinchen fiel positiv aus. Nach Auslöffelung der Geschwürsfläche und Anwendung von Jodoform heilte allmälig der Substanzverlust aus; die Bacillen nahmen an Zahl immer mehr ab, bis sie endlich ganz schwanden. Die Probestücke excindirter Lymphdrüsen gaben ebenfalls — nach Abheilung des Geschwüres — auf Thiere überimpft einen negativen Erfolg und mikroskopisch war in den Drüsengeweben keine Spur von Bacillen zu entdecken. Demme glaubt, dass in diesem Falle die Infection durch Uebertragung tuberculösen Sputums auf die Wunde der Brustdrüse entstanden ist. b) Ein acht Jahre altes Mädchen, von einer tuberculösen Mutter abstammend, hat seit seinem fünften Lebensjahre Geschwüre der Schleimhaut des harten Gaumens und der Umschlagstellen der Wangenschleimhaut zu dem Unter- und Oberkiefer dargeboten, die, als luetisch angesehen, mit dem Lapisstifte geätzt wurden, bis Demme die Diagnose auf Tuberculose stellte. Demme fand unter Anderem Tuberculose der Lunge und etwa 20—30 lenticuläre Geschwüre auf der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens, der Kiefer und der Wangen, ferner auf den Tonsillen, dem Zungen-Rande und -Grunde. Der Geschwürsgrund war mit Eiter und Speichel bedeckt, von röthlicher Farbe und liess, abgetupft, kleine Höckerchen erkennen. Speichelfluss und übler Geruch aus dem Munde. Die Drüsen aller Halsregionen geschwellt. Die vom Geschwürsboden abgetragenen Knötchen erwiesen sich als Tuberkel aus lymphoiden Zellen bestehend und zeigten Haufen von Bacillen. Die Ueberimpfung auf Meerschweinchen fiel positiv aus. Als Mundwasser bewährte sich Demme das Kalium hypermang. 0·01—0·02 auf 100 Wasser und Thymol 0·5—1‰ am besten. Etwa 17 Tage nach der Aufnahme starb das Kind an acuter Miliartuberculose. Die Section bestätigte die Tuberculose der Lungen und der oben bezeichneten Stellen und liess überdies noch Tuberculose der hinteren Gaumenwand, der Choanen und der Rachenwand erkennen. Auch in einzelnen Unterkieferdrüsen waren Tuberkelbacillen zu finden. Die Schleimhautgeschwüre gingen von kleinen, wie eingesprengten Knötchen aus und zeigten keine Tendenz zur Confluenz. Horovitz.

In Ergänzung seiner Arbeit „Un caso di rinoscleroma" (siehe dieses Archiv 1888, pag. 961) theilt Mibelli (11) die Ergebnisse seiner denselben Gegenstand betreffenden histologischen Studien mit, welche in erster Linie der Lösung folgender zwei Fragen gelten: Welcher Art ist die eigenthümliche Degeneration der charakteristischen Zellen des Rhinoskleromgewebes

und entsteht sie unter dem directen Einflusse der Bacillen? Mibelli gibt vorerst eine allgemeine Uebersicht der histologischen Verhältnisse des Rhinosklerомgewebes und deducirt daraus, dass das wichtigste Element des kranken Gewebes in den eigenthümlich geformten Zellen liege, dass wir in den Modificationen, welche diese eingehen, das interessanteste Merkmal des Rhinoskleromgewebes treffen. Ferner zeigt er, dass man es hier mit zwei Alterationsformen der Zellen zu thun habe, von welchen die eine unter dem Bilde der hydropischen, die andere unter demjenigen der colloiden Degeneration auftritt. In den ersten Zellen, den hydropischen, trifft man oft eine Menge von Organismen, in den colloiden Zellen dagegen gelingt es nicht, Mikroorganismen mit Sicherheit nachzuweisen, obwohl, wie Mibelli meint, in Berücksichtigung gewisser Gestaltungen, welche die colloiden Körper in einigen Zellen zeigen, anzunehmen ist, dass die Mikroorganismen auch hier existiren, aber in seiner Substanz eingehüllt sind, die es verhindert, sie in der Form echter Stäbchen hervortreten zu lassen. Zur Erklärung der erwähnten zwei Alterationsformen der Zellen, die Mibelli mit den Mikroorganismen in Zusammenhang bringt, stellt er folgende Hypothese auf: Die Rhinosklerombacillen besitzen, wie dies für viele niederen Organismen aus der Classe der Algen bekannt ist, die Fähigkeit, eine schleimige Masse, die Gloea, auf Rechnung ihrer Substanz zu produciren. Da es bekannt ist, dass die Gloea, je nach dem Alter ihrer Bildung und je nach ihrem grösseren oder geringeren Wassergehalt, verschiedene Formen annehmen kann, so kann die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden, dass es die nämliche Gloea in ihren verschiedenen Alterstadien ist, welche die Zellen ausfüllt, und dass das Protoplasma in Folge dessen — weit davon entfernt, der Degeneration zu verfallen — nur durch eine andere, von den Parasiten gelieferte Substanz ersetzt wird. Nach dieser Hypothese würde der Inhalt der „hydropischen“ Zellen die Gloea vorstellen, welche eine grössere Menge Wasser absorbirt hat und in Folge dessen weich, amorph, nicht leicht sichtbar und schwer zu färben ist; der Inhalt der „colloiden“ Zellen dagegen wäre die nämliche Gloea, aber in einem gewissen Stadium der Eintrocknung und daher stärker lichtbrechend, härter, von bestimmter Form und leicht färbbar. Vorliegende Hypothese erklärt, wie Mibelli glaubt, alle Erscheinungen, die sich anderseits durchaus nicht durch die Annahme selbst mehrerer Arten von Zellendegeneration ebenso einfach erklären lassen würden. Dornig.

Dehio (12) beobachtete folgenden Leprafall: Bei einem 48jährigen Manne stellten sich vor fünf Jahren zuerst Vertaubungen an den Händen, Vorderarmen und Fussohlen, gleichzeitig röthliche Flecke zuerst auf der Stirn, dann auf dem Rücken und an den Extremitäten ein, und zwar überall an Stellen, die schon einige Zeit vorher auffallend wenig empfindlich waren. Später entstanden Blasen, die mit röthlicher Flüssigkeit gefüllt waren, platzten und unter dem Schorfe heilten. In den letzten drei Jahren hat die Vertaubung zugenommen und seit 1½ Jahren hat sich eine zunehmende Muskelschwäche an beiden Händen dazugesellt. Bei der Untersuchung fand man atrophische Parese im Gebiete der Mm. interossei und Adductoren der beiden kleinen Finger; die paretischen Muskeln zeigen die partielle Entartungsreaction und auch fibrilläre Zuckungen, dazu eine Herabsetzung der Sensibilität, wie auch Formicationen, schiessende Schmerzen und tiefe Druckempfindlichkeit. Von den vom N. ulnaris versorgten Muskeln werden nur einzelne wenige atrophisch. Dieses Verhalten lässt sich durch die Annahme einer Erkrankung einzelner peripherer Zweige erklären. Szadek.

Campana (13) resumirt seine sämmtlichen seit 1882 mit dem Leprabacillus angestellten Züchtungsversuche, die ohne Ausnahme negative Resultate ergaben. Dass Bordoni Uffreduzzi in seinen Culturen den Leprabacillus vor sich gehabt hätte, zieht Campana in Zweifel. Gegenüber Leloir wahrt er die Priorität der bei seinen Uebertragungen der Lepra auf Thiere gewonnenen Resultate (siehe dieses Archiv 1887, pag. 435), die er bereits im Jahre 1882 veröffentlicht hat, während die erste diesen Gegenstand betreffende Mittheilung Leloir's aus dem Jahre 1884 stammt.

Dornig.

Takács (14) publicirt die Krankengeschichte von 5 Fällen von Pellagra, die unter der rumänischen Bevölkerung in der Szilágyság (Ungarn) durch ihn in den Jahren 1883—1888 beobachtet wurden. Takács erwähnt zugleich, dass er im Jahre 1877 Gelegenheit hatte, eine Art Pellagra-Epidemie zu beobachten, die durch Genuss von aus verdorbenem Mais bereiteten Brod hervorgerufen wurde, da die Maispflanze im Jahre 1876 durch Frost stark gelitten. Doch fand er auch die Erkrankung bei solchen, die nur aus gutem Mais bereitetes Brod assen. Takács resumirt seine Erfahrungen folgendermassen: 1. Dass in Ungarn Fälle von Pellagra vorkommen. 2. Dass diese Erkrankung nicht nur durch Genuss von verdorbenem Mais hervorgerufen wird. 3. Dass das erythematöse Exanthem mittelst 10% Carbolöl-Einreibungen zu heilen ist, und die Erkrankung selbst, wenn sie nicht zu weit vorgeschritten, spitalsmässig behandelt werden kann. 4. Es ist mehr als wahrscheinlich, dass der Ausschlag oder der denselben verursachende Parasit von der Schleimhaut der Lippen ausgehend auf der Rachen- und Schlundröhren-Schleimhaut fortschreitet, die Erkrankung des Verdauungstractes und später die Alteration des Nervensystems hervorrufen kann.

In der zweitnächsten Nummer des O. H. (Nr. 20) unter „Zur Pellagrafrage in Ungarn" spricht Prof. Schwimmer (15) zur Pellagra im Allgemeinen, hält die Fälle von Takács nicht für Pellagra, und erklärt die Einbürgerung dieser neuen Krankheitsform in Ungarn für überflüssig, da die Pellagra auch in den Ländern, wo sie Jahrzehnte hindurch endemisch beobachtet wurde, allmälig kaum als solche in Betracht gezogen wird.

In Nr. 26 desselben Blattes fühlt sich Dr. Major Ant. (16) (Arzt auf der Csango-Colonie) veranlasst, der Ansicht des Prof. Schwimmer entgegenzutreten, Major erklärt, dass bei den mit Mais sich nährenden Csangos (aus der Bukovina repatriirte Ungarn) Pellagra zu beobachten war, während bei den ebenfalls in der Colonie wohnhaften und sich nicht mit Mais nährenden Deutschen, Bulgaren, Serben und Slovaken diese Erkrankung nicht vorkam. Major schliesst mit der positiven Behauptung, dass es eine Erkrankung sui generis, id est Pellagra gibt. Auch Takács replicirt in Nr. 28 des Orvosi Hetilap dem Prof. Schwimmer, hält seine Ansicht, dass Pellagra eine eigenartige Erkrankung ist, aufrecht, und veröffentlicht zu gleicher Zeit weitere vier Fälle von Pellagra, bei welchen allen Irrsinn stets zu beobachten war.

Török (17) bespricht in ausführlicher Weise den Standpunkt Unna's in dieser Frage mit, und resumirt folgendermassen: 1. Dass Pityriasis ruber pilaris und Lichen ruber acuminatus von einander verschiedene Erkrankungen darstellen. 2. Dass Lichen ruber planus und Lichen ruber acuminatus verwandte aber nicht identische Erkrankungen sind. 3. Der Unna'sche Lichen ruber acuminatus ist eine acutere Form des Hebra-Kaposi'schen Lichen acuminatus.

Erythematöse, eczematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

1. **Goldenberg** H. Ein Exanthem in Folge von Gebrauch von Rhabarber. — New-York Med. Journ., 14. December 1889.
2. **Kaepfer** G. Ein seltener Fall von Jodexanthem. — Centrabl. f. klin. Med. 1890, Nr. 6.
3. **Lomer.** Herpes Zoster bei einem 4 Tage alten Kinde. — Centralbl. f. Gynäkol. 1889, Nr. 45.
4. **Besnier.** Zona traumatique paradoxal; Ecthyma furonculeux secondaire. — Wochensitzg. d. Aerzte des Spitals St. Louis, Paris, 20. December 1888. (Ann. de derm.)
5. **Hallopeau.** Herpes recidivant de la main. — Wochensitzg. d. Aerzte des Hôp. St. Louis, Februar 1889. (Ann. de derm.)
6. **Mosler.** Ueber Pemphigus chronicus malignus. — Deutsche med. Wochenschr. 1890. Nr. 1.
7. **Leloir** H. Les dermato-neuroses indicatrices. — Ann. de derm. et de syph., Mai 1889.
8. **Baerwindt.** Ein Fall von Purpura. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 48.
9. **Koch** Carl. Ein Beitrag zur Purpura bei Kindern. — Jahrb. d. Kinderheilk. 1890, 4. Heft.
10. **Demme** R. Ein Fall von rasch tödtlicher Hämoglobinämie nach Verbrennung. — Klin. Mittheil. aus dem Gebiete der Kinderheilk., Bern 1889.
11. **Ostermayer.** Ueber die Behandlung von Brandwunden mit Sozojodolkalium. — Deutsche med. Wochenschr. 1889, Nr. 41.
12. **Leloir** H. et **Tavernier** A. Prurigo de Hebra. — Ann. de derm. et de syph., Juli 1889.
13. **Campana e Bignone.** Della psoriasi, studio clinico istologico sperimentale. — Giorn. internaz. d. sc. med., Anno X, fasc. 9. Anno XI, fasc. 12.
14. **Quinquaud.** Folliculite épilante, décalvante. — Wochensitzung der Aerzte des Spit. St. Louis, 13. December 1888. (Ann. de derm.)
15. **Brocq** L. Lichen pilaire au xérodermie pilaire symétrique de la face. — Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis, Februar 1889.
16. **Besnier** E. Lichen ruber plan multiforme. Lichen de la langue et de la cavité buccale. — Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis, Februar 1889. (Ann. de derm.)
17. **Vidal.** Lichen plan. — Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis, Februar 1889. (Ann. de derm.)
18. **Hallopeau.** Lichen plan scléreux. — Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis, März 1889. (Ann. de derm.)
19. **Hallopeau.** Sur un cas de lichen plan avec dilatations considérables et isolées des orifices sudoripares. — Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis, Mai 1889. (Ann. de derm.)
20. **Hallopeau.** Lichen plan à forme végétante et cornée. — Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis, Paris 1889. (Ann. de derm.)
21. **Hallopeau.** Pityriasis rubra pilaris. — Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis, Februar und Juni 1889. (Ann. de derm.)
22. **Hallopeau.** Pityriasis rubra pilaris. — Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis, Februar 1889. (Ann. de derm.)
23. **Vidal.** Pityriasis pilaire. — Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis, März 1889. (Ann. de derm.)
24. **Besnier** E. Observations pour servir à l'histoire du pityriasis rubra pilaire. — Ann. de derm. et. de syph., Paris 1889, Nr. 4, 5, 6.
25. **Tommasoli.** Contributo all' istologia della pityriasis rubra. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, Nr. 4.

26. **Waitz.** Ueber einen Fall von Elephantiasis congenita. — Arch. f. klin. Chirurgie 1889, Nr. 1.

An einem 64jährigen an Albuminurie leidenden Matrosen sah Goldenberg (1) nach innerlichem Gebrauche von Rheum an den Backen und Händen symmetrisch localisirte röthlich-braune, erbsen- bis bohnengrosse, auf infiltrirter Basis sich erhebende Knoten, welche zum Theile an der Oberfläche Krusten bildeten. Nach Abheilen der Eruption nahm der Patient noch zweimal Rhabarber (6·0), jedesmal mit der Wirkung einer neuerlichen solchen Hauteruption. Der Patient verstarb später an Peritonitis. Jadassohn.

Kaepfer (2). Einer 42 Jahre alten Frau wurde wegen Verdachtes auf Lues cerebralis Jodkali innerlich gereicht. Nachdem die Kranke im Ver laufe von nahezu 4 Wochen 80 Gr. Jodkali consumirt hatte, musste die Jodbehandlung unterbrochen werden, da unter Fieber bis fünfmarkstückgrosse, sehr schmerzhafte Infiltrate in der Gegend des Gesässes und der Oberschenkel sich gebildet hatten. Nach Schwinden der Infiltrate wurde wieder Jodkali gegeben und abermals traten die derben Knoten auf. Selbst per rectum eingeführtes Jodkali hatte dieselbe Wirkung. Horovitz.

Lomer (3). Das Kind der IX para war wegen mangelhaften Fortganges der Geburt (Hängebauch, fehlerhafte Einstellung des Kopfes), jedoch ohne irgend welche Schwierigkeiten mit der Zange genommen worden. Im Verlaufe des 4. und der folgenden Tage bis zum 10. trat rechts vom Rippenbogen bis zum oberen Drittel des Oberschenkels abwärts reichend mit Betheiligung des Dorsum penis bis zur Mittellinie in Schüben schmerzlos (wie es auch Bohn [Arch. f. Kinderheilk. II. pag. 18] im 5. und 7. Lebensmonate sah) und ohne die Gewichtszunahme zu hindern, ein Herpes Zoster (lumbo-abdomino-femoralis) auf, dessen Bläschen erst circa 3 Wochen p. p. in Borken verwandelt waren. Die Ursache des Herpes war dunkel. Lomer glaubt Zerrungen der Nerven ausschliessen zu können (Extraction „spielend leicht", keine bemerkenswerthen Druckstellen). In Berücksichtigung der Mittheilungen von „Versehen" erwähnt Lomer, dass die Mutter im 3. Monate gravid durch die lebhaften Krankheitsschilderungen eines an Herpes zoster leidenden Hausfreundes psychisch sehr erregt worden wäre, lehnt aber einen Zusammenhang auch schon in Anbetracht der zwischenliegenden Zeit ($^1/_2$ Jahr) ab. (! Red.)

Falkenheim.

Besnier (4) stellte einen Kranken vor, welcher an der linken Schulter ein Trauma erlitt und hierauf eine Zona an der rechten Schulter bekam. Patient stürzte vom Kutschbocke eines Wagens, den er lenkte, und fiel auf die linke Schulter, welche er sich nur schwach contundirte. Er applicirte Arnika und Jodtinctur auf die schmerzhafte Stelle. Zehn Tage nach dem Unfalle stellten sich in der rechten Schulter lebhafte Schmerzen ein. Patient fieberte. Gleichzeitig zeigten sich in der rechten Regio infraclavicularis, in der Region der rechten Schulter Gruppen von Bläschen, die zwei Tage Nachschübe machten. Einige Tage später traten in denselben Regionen ekthymaartige Furunkel auf. An Stelle der primitiven Bläschen bildeten sich kleine, circa linsengrosse, leicht deprimirte Narben. Die Sensibilität ist an den ergriffenen Partien herabgesetzt, besonders an den Narben selbst. Zudem klagt der Patient über heftiges Jucken in diesen Narben, das ihm den Schlaf gänzlich raubt. Besnier erblickt das Paradoxe dieses Falles darin, dass die Zona an der der Localisation des Trauma entgegengesetzten Seite sich manifestirte, bezeichnet den Fall als einen solchen von Zona traumatica mit Transfert und zeigt damit, wie schwer

die Annahme von der zymotischen Natur der Zona ist, wenn sie durch Trauma hervorgerufen ist. (Kaposi hat die Möglichkeit der zymotischen Ursache hypothetisch und nur für den epidemischen Zoster aufgeworfen. Ref.)
W. Pollak.

Hallopeau (5) stellt eine Kranke vor, welche durch drei Jahre fort und fort Nachschübe von Bläschen an den lateralen Seiten des Dig. medius der linken Hand, und in der Palma manus derselben Seite in der Fortsetzung der Axe des Medius bekommt. Einen ähnlichen Fall beobachtete er bereits einmal bei einer Kranken, welche eine Atrophie der Muskel des Vorderarmes wahrscheinlich in Folge einer Trophoneurose hatte. Im vorliegenden Falle handelt es sich um Analoges, um eine Läsion der Nervenstämme und glaubt Hallopeau, dass diese Recidiven von Bläschen zweifellos Folge einer trophoneurotischen Störung seien. W. Pollak.

Mosler (6) beobachtete bei einer 39jährigen Frau einen Fall von Pemphigus chronicus, der unter beständigen neuen Eruptionen innerhalb ³/₄ Jahren trotz der sorgfältigsten klinischen Behandlung letal endete. War in den ersten Monaten der Charakter des Leidens gutartig und eine Heilung der Blasen schnell zu erzielen, so wurden bald die Ausbrüche reichlicher, immer neue Wundflächen bildeten sich und es gesellte sich ein der äusseren Ausbreitung entsprechendes Fieber hinzu. Besonders bemerkenswerth ist, dass ungefähr 4 Jahre, bevor sich Erscheinungen auf der äusseren Haut zeigten, ein intensiver, zu tiefen Geschwüren führender Pemphigus der Schleimhaut des Mundes und des Rachens auftrat und sich die ganze Zeit hindurch in mehr oder minder grosser Intensität dort erhielt. O. Rosenthal.

Leloir (7) weist durch Anführung einiger Krankengeschichten eigener Beobachtung nach, dass verschiedene Affectionen der Haut einen Hinweis auf eine Erkrankung der Nerven, welche sich bis dahin symptomatisch nicht manifestirte, in der Folge aber zu Tage treten, geben können. Hautaffectionen können Vorläufer von Medullarerkrankungen, Erkrankungen des Gehirnes, des peripheren Nervensystemes, sowie des Sympathicus sein. Vom Standpunkte der pathogenetischen Classification gehören diese Hautaffectionen in die Gruppe der Dermatoneurosen cum materia, das heisst der Dermatosen, welche durch sichtbare Läsionen des Nervensystemes begleitet werden. In anderen Fällen sind diese Hautveränderungen nicht ein Zeichen materieller Störung des Nervensystemes, sondern einer vorübergehenden Störung einer einfachen functionellen Modification, welche mit unseren heutigen Untersuchungshilfsmitteln sich nicht erkennen lassen können. Sie gehören in die Gruppe der Dermatoneurosen sine materia. Ein Beispiel hiefür ist die Urticaria, welche Vorläufer schwerer hysterischer Epilepsie sein kann; gewisse punktförmige Hämorrhagien um die Nase, den Mund, die Orbita, welche nach epileptischen Attaquen auftreten können. Diese Hauthämorrhagien können als Beihilfe zur retrospectiven Diagnose in Fällen herangezogen werden, in welchen Epilepsie verheimlicht wird. So sah Leloir oft symmetrisches Eczem beider Hände als Vorläufer einer Chorea; in einem Falle nach einer Schenkelfractur Hautaffectionen und dann Rückenmarksymptome auftreten, (Krämpfe, Sensibilitätsstörungen). Nach Heilung der spinalen Affection schwand auch das Hautleiden. Ebenso waren Geschwüre Vorläufer schwerer Nervenleiden; in einem Falle leitete ein Malum perforans eine Tabes ein. Ebenso meldet Vitiligo oft eine centrale oder periphere Nervenläsion an oder gibt den Hinweis auf eine solche. Es können also Dermatosen Werth für die Diagnose nervöser Erkrankungen haben und der Behandlung

eine Richtung geben, welche sie ohne Erkenntniss dieser Dermatosen nie erhalten würde. W. Pollak.

Baerwindt (8). Ein 10jähriges Mädchen erkrankt unter heftigem Fieber mit Erbrechen, Koliken, blutigen Stühlen; in der zweiten Woche Blutungen in die Haut und vielleicht auch in die grossen Gelenke. Unter mehrfachen Nachschüben des Exanthems kommt es zu einer hämorrhagischen Nephritis mit bald sich herausbildender Hypertrophie des linken Ventrikels. Systolisches Geräusch und Irregularität des Pulses führen zur Vermuthung einer Endocarditis ulcerosa. Im Laufe von 3 Monaten bilden sich alle Erscheinungen zurück bis auf geringen Albumingehalt des Urins. 9 Monate später Scharlach mit exacerbirender Nephritis, die, abgesehen von einer geringen Trübung des gekochten Urins, ausheilt. H. Stern.

Koch (9) unterscheidet bei Purpura dreierlei Primärefflorescenzen: 1. Stecknadelkopfgrosse Fleckchen. 2. Bis zehnpfennigstückgrosse, blaurothe Flecke. 3. Grosse fluctuirende Beulen. Alle drei Formen können sich bei einem Patienten combiniren. Die dritte Form bedeutet eine schwere Erkrankung. Diese Efflorescenzen kann man künstlich so hervorrufen, dass man mit einer Nadel eine von Flecken freie Stelle durchsticht; es treten dann nach einem halben Tage charakteristische, hämorrhagische Flecken auf. Auch prognostisch haben diese künstlichen Flecke einen Werth insofern, als man dieselben nur im Floritionsstadium deutlich hervorrufen kann. Im Anfangs- und Endstadium treten sie entweder gar nicht oder nur undeutlich auf. Horovitz.

Demme (10). Ein 3 Jahre alter Knabe zog sich durch heisses Wasser eine Verbrennung ersten und zweiten Grades auf der Volar- und Dorsalfläche der Finger der linken Hand zu; 4 Stunden nach diesem Unfalle war der Knabe somnolent, zeigte eine Temperatur von 36·2° C. und 50—60 Pulsschläge in der Minute; der eine Stunde später im soporösen Zustand gelassene Harn hatte eine grünlichschwarze Farbe, ein specifisches Gewicht von 1012 und reagirte sauer. Das Spectroskop liess nebst Hämoglobin noch Methämoglobin erkennen. Im Harnsedimente waren Hämoglobin-Schollen und -Körner zu gewahren, ferner hyaline Cylinder, dagegen keine unveränderten rothen Blutkörperchen. Nach 6 Stunden trat der Tod ein. Bei der Section fanden sich in den geraden Harncanälchen wenig, in den gewundenen Canälchen, sowie in den Bowman'schen Kapseln sehr reichlich Hämoglobin-Schollen und -Körner. Die schwach vergrösserte Milz zeigte ebenfalls Hämoglobinablagerungen und war sehr zerreisslich; die Leber war so wie die Milz dunkelbraun verfärbt. Die serösen Häute der Brusthöhle zeigten vereinzelte stecknadelkopfgrosse Blutaustritte. Horovitz.

Ostermayer (11) empfiehlt bei Brandwunden 10% Mischung von Sozojodolkalium und Stärkemehl auf die angestochene Blase der Brandwunde reichlich aufzustreuen, wodurch jede Eiterung vermieden wird und die Heilung in kurzer Zeit schmerzlos herbeigeführt wird. Gegenüber der Jodoform- und Carbolsäurebehandlung wird auf die völlige Ungefährlichkeit des Mittels hingewiesen. H. Stern.

Leloir (12) hat eine grosse Reihe primitiver Prurigoknötchen, von verschiedenen Kranken stammend, mikroskopisch untersucht, und zwar bei Beginn der Krankheit noch bevor die Efflorescenzen durch Kratzen verändert sein konnten. Sein Befund weicht wesentlich von dem ab, was bisher über diese Dermatose bekannt war. An den Schnitten von Prurigoknötchen zu Beginn seiner Entwickelung fand er, dass sich im Innern der Malpighi'schen Schichte eine runde oder ein wenig unregelmässige Höh-

lung bildet, welche aber immer nur aus einer einzigen Höhlung besteht. Dieser Hohlraum scheint durch Massenzerfall von Zellen eines mehr minder grossen Antheiles Malpighi'scher Schicht entstanden zu sein. Die Höhlenbildung ist durchaus nicht ähnlich jener bei der Formation von Blasen und Pusteln in der Haut oder Schleimhaut. Die Höhlung befindet sich im mittleren Theile des Corpus Malpighi, vergrössert sich in der Richtung nach oben bis zur Epidermisschicht, greift aber in diese niemals über. Diese bildet stets die obere Wandung der Höhle. Unter dem Mikroskope erscheint diese Höhle immer leer, enthält aber in vivo fast immer nekrosirte Epithelzellen und einige Kerne und scheint, wenn auch nicht constant, mit einem Ausführungsgange einer Schweissdrüse in Beziehung zu stehen, so dass es das Ansehen hat, als wäre dieses Cavum ein umgestalteter Ausführungsgang einer Schweissdrüse. Wäre dies der Fall, was jedoch mit Bestimmtheit noch nicht angegeben werden kann, so wäre damit der Mangel von Schweissbildung bei Prurigokranken voll zu erklären. Aus diesem Befunde liessen sich vielleicht neue Gesichtspunkte für die Behandlung der Affection ableiten. In der Folge vergrössert sich diese Höhle, greift tiefer, bleibt aber immer wie eingeschachtelt in der Malpighi'schen Schichte im Niveau der unteren zwei Drittel derselben ohne meist an das obere Drittel heranzukommen. Zuweilen entwickelt sie sich auch nach oben und zerstört einen Theil der Hornschicht, welche trotzdem immer noch als Dach dieser Höhle erhalten bleibt. Die untere Wand wird von einer dünnen Lage der Malpighi'schen Schichte, deren interpapilläre Epidermisfortsätze ganz geschwunden sind, gebildet. In der weiteren Entwickelung tritt an den Seitenwandungen und in der unteren Wand eine Verhornung ein, so dass das Ganze sich nun als eine kleine Cyste in der Epidermis, welche in vivo mit einer hellen, serösen Flüssigkeit gefüllt ist, darstellt, in welchen modificirte Epithelzellen und wenige weisse Blutkörperchen flottiren. Dabei zeigt die Haut die Zeichen der Hyperämie. Die Blut- und Lymphgefässe sind erweitert. Die Nerven erscheinen unter dem Mikroskope immer ganz intact. Die Ausführungsgänge der Schweissdrüse erweisen sich bis auf eine geringe Infiltration mit embryonären Zellen in deren nächster Umgebung, als gesund. Trotzdem der mikroskopische Befund an Klarheit nichts zu wünschen übrig lässt, ist Leloir dennoch nicht im Stande, sich eine vollkommen begründete Meinung über die Wesenheit des Processes zu bilden und erklärt, er sei ausser Stande anzugeben, was die Prurigo eigentlich sei. W. Pollak.

Die von Campana in Gemeinschaft mit Bignone (13) veröffentlichte Studie über Psoriasis zerfällt in drei Theile, einen klinischen, einen histologischen und einen experimentellen. Klinisch stellten die Autoren an einer Serie von Beobachtungen fest, dass die Heilung der Psoriasis unter der Chrysarobin-Behandlung direct von der Wirkung des Chrysarobins abhängt und viel rascher erfolgt als unter jeder anderen Behandlung, dass aber besagte Cur durch die Anwendung anderer, auf die Bekämpfung der entzündlichen Erscheinungen gerichteter Mittel unterstützt werden müsse. Bezüglich der der Psoriasis zu Grunde liegenden histologischen Veränderungen constatiren die Autoren Folgendes: 1. Hypertrophie des Stratum corneum, des Stratum lucidum und des Rete Malpighii. 2. Hypertrophie und leichte entzündliche Infiltration der Papillen. 3. Ektasien und Vermehrung der Capillaren in den Papillen. 4. Vermehrung der Zellkerne und Bildung kleiner, Leukocyten enthaltender Hohlräume in den oberflächlichen Schichten der erkrankten Epidermis. Durch vergleichende Messungen fanden die Autoren, dass durch die Chrysarobinbehandlung die Hornschicht eine Dickenabnahme, die Schleimschicht eine beträchtliche Dickenzunahme

erfährt, während am Stratum lucidum und granulosum keine Veränderung notirt wurde. Die Papillen erfahren durch die Behandlung eine sehr auffällige Verkürzung und erscheinen gleichsam von oben nach unten zusammengedrückt. Während im Beginn der Behandlung die Leukocyten-Infiltration der Cutis reichlicher wird, schwindet sie im Verlaufe der Cur und kehren auch die Capillargefässe zur Norm zurück; die Gefässschlingen der Papillen nehmen sowohl an Zahl als auch an Länge ab. Was die während der Chrysarobinbehandlung auftretende Färbung der Haut (Chrysarobin-Erythem) betrifft, gelangen die Autoren auf Grund ihrer Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: die im Beginn der Behandlung auftretende gleichmässige Röthung ist hauptsächlich der Ausdruck einer Hyperämie der Haut, die darauffolgende, deutliche graduelle Unterschiede zwischen kranker und gesunder Haut zeigende Färbung beruht zum Theil auf Hyperämie, zum Theil jedoch darauf, dass die Epidermiszellen Chrysarobinkörnchen aufnehmen, welche unter dem Einflusse des alkalisch reagirenden Protoplasma deutlich hervortreten; diese Zellen, die an den psoriatischen Stellen sehr leicht abfallen, an den gesunden Partien dagegen viel fester haften, bedingen die verschiedenen Farben-Nuancen des Chrysarobin-Erythems. Im letzten Theile ihrer Arbeit berichten die Autoren über ihre erfolglosen Versuche die Psoriasis auf Meerschweinchen zu übertragen, sowie über verschiedene Experimente, durch welche sie auf mechanischem Wege zu eruiren suchten, wovon die Veränderungen der Papillen abhängen. Das Ergebniss dieser Experimente, berechtigt die Autoren zu dem Ausspruche, dass bei der Psoriasis die Entwickelung der Papillen nicht nur von der Vergrösserung der interpapillären Retezapfen, sondern von einer krankhaften Alteration des Papillarkörpers und der Epidermis abhängig sei. Dornig.

Quinquaud (14) stellte einen 16jährigen Kranken vor, welcher an einer partiellen Alopecie des behaarten Kopfes leidet, die sich in unregelmässig geformten, verschieden grossen Krankheitsherden darstellt. Es handelt sich um eine wirkliche Atrophie der Kopfhaut, welche alle Elemente derselben in Mitleidenschaft gezogen einschliesslich des Haardrüsenapparates. Die Krankheit nahm vor 3 Jahren ihren Anfang, ist aber seit $1\frac{1}{2}$ Jahren geheilt; gegenwärtig ist nur mehr eine leichte Schuppung der Kopfhaut vorhanden. Die Affection, acut in ihrer Eruption, chronisch in ihrer allgemeinen Entwickelung, charakterisirt sich durch Röthung der Haut und einer Folliculitis mit folgendem Ausfall des Haares. Es bildet sich um jedes Haar ein Pustelchen, worauf das Haar bald ausfällt. Das Haar lässt sich, wenn die Affection constituirt ist, schon durch leichten Zug entfernen. Quinquaud hat in den oberflächlichen Theilen der Haut einen Mikrophyten (einen Mikrococcus von $3-4\,\mu$) gefunden, welcher auf Thiere übertragen, Ausfall und Zerstörung der Haare bewirkt, dessen Reinculturen jedoch alle Erscheinungen der Krankheit nicht erzeugt. Die Affection ist also eine Dermatitis follicularis mit consecutiver Atrophie aller die Cutis constituirenden Theile. Die Läsion beginnt in den oberflächlichen Theilen der Haarfollikel und endet mit einer Alteration der Haarscheide und der Papille. W. Pollak.

Brocq (15) zeigt ein 10jähriges Mädchen, bei welchem, wie bei dessen 5jährigem Bruder, der Lichen pilaris sich in der Region des Gesichtes localisirte. Die Eruption besteht bei dem Mädchen seit 7 Jahren. Auf Grund dieser beiden, wie noch zweier anderer gemachten identischen Beobachtungen charakterisirt Brocq die Affection in folgender Weise: Sie tritt stets in der ersten Kindheit auf und kennzeichnet sich zuerst durch ihr überaus langsames, graduelles, fast unscheinbares Fortschreiten. Sie zeigt eine specielle Localisation und zwar an den Augenbrauen, wo

Ausfall der Haare statthat, in der Regio frontalis supra-orbitalis, an den Seitentheilen der Wangen und in den dem Halse benachbarten Theilen, in der Region zwischen den Augenbrauen, am oberen Theile des Kinnes. Sie ist absolut symmetrisch. Das Element der Läsion ist ein überaus kleines miliares Lichenknötchen, das an der Spitze schuppt, meist durch ein Flaumhaar durchbohrt erscheint, Anfangs farblos und isolirt ist, später bei Vermehrung der Elemente sich in Gruppen stellt, aber durchaus keine Neigung zeigt, sich zu vergrössern. Sobald sich Lichengruppen gebildet haben, entsteht an der befallenen Stelle eine Röthung und leichte Schwellung; an den Seitentheilen der Wangen entwickeln sich Telangiektasien, durch welche die erkrankten Theile violett verfärbt aussehen. Bei strumösen Individuen sahen Besnier und Doyon vorzugsweise die Localisation an den Augenbrauen und den Ausfall der Haare daselbst. Diese Affection wurde 1878 von Wilson als Folliculitis rubra beschrieben.
W. Pollak.

Besnier (16) stellt eine 56jährige Kranke vor, welche seit 5 Jahren nicht mehr menstruirt und seit 3 Monaten an Lichen ruber leidet. Dieser nimmt die gesammte Hautoberfläche ein, zeigt jedoch an verschiedenen Körperregionen verschiedene Stadien der Evolution, sowie Eruptionen, welche durch Kratzen verändert erscheinen. Die Kranke klagt über heftiges Jucken und gibt an, früher an Diabetes gelitten zu haben, hat jedoch gegenwärtig zuckerfreien Harn. Die Zunge ist mit leichten Vorsprüngen, silberweissen, isolirten und cohärenten Flecken von unregelmässiger Gestalt bedeckt. Diese sind glatt und glänzend, wenige von ihnen im Centrum deprimirt, andere haben die Form kleiner, flacher Papeln. Die Eruption findet sich auch an der Innenseite der Wange in Gestalt von weissen vorspringenden Flecken, von welchen eine grosse Zahl ausgesprochen papulös ist; alle sind jedoch silberweiss. Die Conjunctiva ist frei. Am harten Gaumen keine Andeutung der Affection. Die Vorderseite der Mandel erscheint nicht ganz frei zu sein. An mehreren Körperstellen confluiren die Papeln massenweise und täuschen eine Psoriasis oder ein Eczem (Eczema seborrhoicum) vor. Die Behandlung war ausschliesslich eine innerliche Anwendung von Arsenpräparaten. Besnier verwirft bei ausgesprochenem Lichen die externe Therapie z. B. mit Pyrogallus. Vidal bemerkt hiezu, dass er die äussere Behandlung mit Pflanzensäuren bei leichteren Fällen empfehlen könne. Er erzielte gute Erfolge durch Essigbäder, 2 Liter Essig auf ein Bad von kurzer Dauer, höchstens 10 Minuten, durch Waschungen mit Essigwasser. W. Pollak.

Vidal (17) stellt einen 37jährigen, neurasthenischen Kranken vor, welcher an heftiger Migräne leidet und sechs Wochen nach einer schmerzhaften Operation am Scrotum die ersten Erscheinungen des Lichen auftreten sah. Schon circa 2 Wochen nach dem chirurgischen Eingriffe fühlte er ein stetes Jucken am rechten Fusse und in der Gegend der Malleolen, worauf an diesen Stellen Röthung folgte. Hierauf trat die Läsion massenhaft, an den Ober- und Unterschenkeln und an den Armen auf. Der Kranke hat an den Unterschenkeln Varices, wodurch die Eruption eine dunkellivide Färbung angenommen hat. Es zeigten sich dort also gefärbte Flecke, welche im Centrum eingesunken sind. An den typischen Stellen des Lichen, an der Vorderseite des Vorderarmes, hat der Kranke keine Eruption. Vidal betont als ätiologisches Moment des Lichen nervöse Störungen. W. Pollak.

Hallopeau (18) zeigt eine 58jährige Kranke, bei welcher seit vier Jahren die gegenwärtige Dermatose, „Lichen plan scléreux", welche schon in Rückbildung begriffen ist, besteht. An der Palmarseite des linken Vorderarmes

oberhalb des Handgelenkes befindet sich eine dreieckige unregelmässige Plaque, welche sich aus farblosen, glatten, glänzenden, wie Pergamentpapier anfühlenden Papeln zusammensetzt, welche meist $^1/_2$ Mm. über das Hautniveau erhaben, von kleinen Depressionen, welche die erweiterten Ausführungsgänge der Schweissdrüsen darstellen, wie durchbohrt erscheinen. Der Durchmesser dieser Papeln variirt zwischen 1—8 Mm. An einem, dem unteren Theile der Plaque befinden sich narbige, harte, glänzende Depressionen, welche im Schwinden begriffene Papeln sind. Am oberen Theile der Affection sieht man eine nierenförmige, von einem vorspringenden Rande begrenzte Lichenstelle. Zwischen den Papeln ist die Haut dunkelroth. Am rechten Vorderarme ist die Läsion weniger ausgebreitet. In der Gegend des Handgelenkes sind zwei vorspringende Plaques, die eine elliptisch, 1 Ctm. lang, $^1/_2$ Ctm. breit, die andere linsenförmig. Sie sind farblos im Centrum, roth in der Peripherie, mit glänzender Oberfläche und punktförmigen Depressionen. In der Entfernung eines Centimeters zwei circa frankstückgrosse Plaques. Auf der Vorderseite beider Vorderarme fanden sich noch kleine Depressionen und farblose Flecke, welche an Stelle bereits geschwundener Papeln getreten sind. Die Kranke befindet sich wohl und klagt nur über leichtes Jucken an den erkrankten Hautpartien. Seit sechs Monaten entstehen keine Nachschübe; die bestehenden Läsionen involviren sich. Die Patientin benützte ein Topicum, über welches sie keine Aufschlüsse geben kann.

Hallopeau (19) zeigt einen Kranken, der seit acht Jahren ein Lichen planus hat, welches sich durch längere Zeit an den Füssen localisirte und erst seit sechs Monaten auf die Oberschenkel und Oberextremitäten übergreift. Am Vorderarme sieht man an den einzelnen Elementen der Läsion zahlreiche punktförmige Depressionen. Erwähnenswerth ist der Umstand, dass an den Handflächen, sowie an der Palmarseite der Finger und an den Fingerspitzen sich zahlreiche isolirte Depressionen vorfinden, deren Durchmesser manchmal einen Millimeter übersteigt. Eine Anzahl dieser Depressionen ist von einem Hautwall umgeben, welchen man sieht und greift. Man findet also Uebergangselemente zwischen diesen isolirten Depressionen und jenen Elementen, welche den vollkommen entwickelten Lichen planus darstellen. Die Erkrankung der Ausführungsgänge der Schweissdrüsen ist hier die primäre Affection, womit nicht gesagt ist, dass der Lichen ausschliesslich seinen Ausgangspunkt von diesen Drüsen nimmt. In diesem Falle sieht man als Gegenbeweis vollkommen entwickelten Lichen planus der Mundschleimhaut mit centraler Depression. Ebenso findet man Lichen um die Haare. Es können also bei dieser Affection gleichzeitig die Ausführungsgänge der Schweiss- und Fettdrüsen ergriffen sein. Das führt daraufhin, dass vielleicht ein pathogenes Agens infectiöser Natur in diese Ausführungsgänge eindringt.

Hallopeau (20) zeigt einen Kranken, bei welchem das Leiden vor 18 Monaten ohne nachweisbare Ursache begann und sich auf die Unterschenkel beschränkte. Die Läsion setzt sich aus Elementen zusammen, welche sich in Form von Hautvorsprüngen darstellen. Diese überragen stellenweise um einen Centimeter das Hautniveau und bilden Plaques in der Ausdehnung mehrerer Centimeter. Zwischen den einzelnen Elementen des Lichen sieht man in der Haut zahlreiche punktförmige Oeffnungen. Die jüngsten Lichenpapeln sind etwa hirsekorngross und konisch gestaltet, fühlen sich später hart an, sind nicht glänzend. Sie sind dunkelbraun mit einer adhärenten Schuppe bedeckt. Die meisten Vorsprünge zeigen meist in ihrem Centrum eine punktförmige Depression. Der Kranke klagt über

leichtes Jucken. Hallopeau findet für diese Form des Lichen die Bezeichnung Lichen planus nicht gerechtfertigt und heisst diese Affection nach Besnier Lichen Wilsoni, maladie d'Erasme Wilson, oder kurzweg Lichen.

Hallopeau (21) zeigt einen 7jährigen Knaben, der vor fünf Monaten von Pityriasis rubra pilaris befallen wurde. Die Affection nahm vom Halse ihren Ausgang und befiel nacheinander den Stamm, Oberschenkel und Oberextremitäten. Im Niveau der Arme findet man die Läsion hauptsächlich an der rückwärtigen Seite der Ellbögen, der Rückseite des Handgelenkes und am Handrücken. Die Läsion ist überall constituirt von agglomerirten stecknadelkopfgrossen Hautelevationen. Am Stamme sind sie weniger gehäuft; auch finden sich solche einzeln stehende Hautvorsprünge. Einzelne dieser Erhöhungen zeigen normale Hautfarbe, andere tragen an ihrer Spitze circa millimeterhohe konische Anhäufungen, welche sich unter dem Mikroskope als Epidermismassen erweisen und in sich ein Lanugohärchen fassen. Andere zeigen auf ihrer höchsten Spitze einen schwarzen Punkt, aus dem auf Druck ein Comedo entfernt wird. Einige dieser Vorsprünge zeigen eine grössere Entwickelung und zwar auf erythematöser Basis, und tragen ebenfalls einen Comedo oder ein Epidermishäufchen. Am behaarten Kopfe ist von der Läsion nichts nachzuweisen. Die Fingerspitzen weisen eine leichte Desquamation auf. Der Kranke kratzt wenig. Vidal spricht sich dagegen aus, dass dieser Fall ein Lichen scrophulosorum sei, welcher in Paris fast gar nicht zur Anschauung kommt.

W. Pollak.

Hallopeau (22) stellt einen 10jährigen Knaben mit Pityriasis rubra pilaris vor, dessen Haut von kleinen weisslichen Epidermiszäpfchen bedeckt ist, welche den Vorsprüngen des Haar-Drüsenapparates entsprechend in kleinen plaqueähnlichen Herden gestellt und von einander durch gesunde Haut getrennt sind. Diese Affection hat vor sieben Jahren mit allgemeiner Röthung der Haut begonnen, welche noch, besonders im Gesichte im Niveau der schuppenden Plaques sich erhalten hat. Die Kopfhaut ist seborrhoisch. Einzelne Plaques haben Aehnlichkeit mit Psoriasis, andere mit Eczema seborrhoicum. Es handelt sich hier um eine Erkrankung, deren Ausgangspunkt eine fehlerhafte Function des Haardrüsenapparates ist. Die chemische Analyse der Schuppen deutet darauf hin, dass hier eine Affection des Drüsenapparates vorliege, da 10·5% der Schuppenmassen als aus Fett bestehend sich erwies. W. Pollak.

Vidal (23) zeigt einen 12jährigen Knaben, der aus einer tuberculösen Familie stammt. Er bietet die Anfangsstadien der Pityr. pilaris dar. Vor acht Monaten zeigte die Haut des Rückens Rauhigkeiten, welche der über sie gleitenden Hand das Gefühl gaben, als führe sie über ein Reibeisen, in so hohem Masse waren die Haarfollikel keratinisirt. Am Halse und in der Reg. lumbal. finden sich Epidermisanhäufungen, welche an ihrer Spitze ein weissliches Schüppchen tragen. An den Armen begann die Eruption mit zahlreichen, in Gruppen und Haufen gestellten Elementen, welche allmälig confluirten. Handrücken und Rücken der Finger sind frei. Am behaarten Kopfe ist keine Seborrhöe, jedoch eine vermehrte Epidermisproduction. Die Haut des Gesichtes, der Stirne und der Nasenflügel ist auffallend trocken. Vidal wendet sich gegen die Anschauung der amerikanischen Aerzte, welche diese Affection als Keratosis pilaris bezeichnend zur Ichthyosis rechnen. Da die Haut nirgends geröthet erscheint, passt auch nicht die Bezeichnung mit Pityr. rubra pilaris. Er findet die Benennung Pityriasis pilaris (Devergie) als die zutreffendste. W. Pollak.

Besnier (24) unternimmt es in einer grösseren Arbeit über Pityriasis rubra pilaris, diese Affection, welcher ausserhalb Frankreichs von den

Dermatologen nur geringe Beachtung zu Theil wird, der Kenntniss der Fachgenossen näher zu bringen. Er macht zuvörderst eine Zusammenstellung von 28 einschlägigen Fällen, welche zum Theile von Anderen bereits publicirt wurden, theils eigener oder der Beobachtung befreundeter, zeitgenössischer, vaterländischer Autoren, welche ihm ihre Erfahrungen behufs Publication zur Verfügung stellten, angehören, wodurch allein schon eine erschöpfende Schilderung der Natur des Leidens gegeben worden ist. Die Affection charakterisirt sich strenge genommen klinisch durch kein mit einem Male zu fixirendes Bild. Sie verläuft subacut oder chronisch, wodurch ein Bild entsteht, welches auf allen befallenen Hauptpartien nicht identisch sein wird und auch an einer Localisationsstelle ein wechselndes sein muss. Auch an ein und derselben Stelle wird sie sich zu verschiedenen Zeiten verschieden darstellen, obwohl die einzelnen Elemente der Affection immer dieselben sind. Ein typischer Fall von Pityriasis rubra pilaris setzt sich aus drei Elementen zusammen: 1. Rauhigkeiten an den Follikelmündungen. 2. Abschuppung. 3. Röthung und Faltung der Haut. Die den Follikeln angehörenden Elevationen sind verschieden gestaltet, conisch, rund, fadenförmig planconvex, gespitzt, nabelförmig etc. etc., isolirt oder zusammenhängend; verschieden an Grösse, so klein, dass sie dem Auge entgehen oder mehrere Millimeter das Hautniveau überragen. Die Farbe ist gewöhnlich weiss, weissgrau, grau, silberweiss, nur selten roth. Die Abschuppung ist oft der erste deutliche, ausschliessliche Hinweis, das exclusive Symptom des Leidens und schon sichtlich, bevor noch die folliculären Coni hervortreten. Sie ist kleienförmig. Diese Schuppung ist eine essentielle, idiopathische. Die Haare müssen nicht immer leiden; am wenigsten werden die Barthaare in Mitleidenschaft gezogen. Zuweilen fallen die Haare total aus, zuweilen bleibt ein schöner, sogar üppiger Haarwuchs erhalten. In einem anderen Falle kann bei einem Individuum an einer Stelle ein Ausfall statthaben, während an einer anderen die Haare nicht verloren gehen. Die Röthung beschränkt sich anfänglich auf den Follikel und seinen Conus und die allernächste Umgebung, bleibt kreisförmig in Form eines zarten runden Streifens, greift in der Folge um sich und in die interfolliculären Räume über. Die Haut wird perifolliculär leicht infiltrirt, wodurch die Hautfaltung prononcirter hervortritt. Die Affection befällt mehr das männliche Geschlecht, zumeist Kinder. Die Individuen vorgerückten Alters waren bis zum Ausbruche der Läsion stets in guter Gesundheit. Die Affection manifestirt sich ohne declarirte Prodrome, ohne äussere nachweisbare Ursache, und ohne vorhergängliche andere Krankheiten der Haut. Jede Partie der Haut kann der Ausgangspunkt für die Erkrankung sein. Selten wird sie das ganze Integument auf einmal befallen. Das Allgemeinbefinden ist auch in den schwersten und den langdauerndsten Fällen niemals alterirt. Die Individuen machen alle Phasen der Krankheit durch, ohne wesentlich in ihrer Gesundheit zu leiden; in einigen Fällen schwindet bei Beginn der Nachschübe das Fettpolster ein wenig, um sich wieder rasch zu erholen. Der Kranke klagt vorübergehend über leichtes Jucken, selten über heftigen Pruritus. Der Verlauf ist ein chronischer, oft äusserst chronischer. Die Krankheit macht zuweilen Remissionen, kann an einer Stelle rückgängig sein, an einer anderen sich gleichzeitig neu entwickeln, wodurch die Dauer der Affectionen auf eine grosse Reihe von Jahren sich hinausschieben kann, Recidiven sind häufig. So lange auch die Affection sich erhält, so häufig die Nachschübe sich wiederholen, niemals wird dadurch das Leben in Frage gestellt. Immer muss aber die Prognose bezüglich der Dauer eine reservirte sein. Anatomisch stellt sich die Affection dar als eine Anomalie der Verhornung der Epidermis, welche den gesammten Follikelapparat der Haut erfasst, und welche ihren Ausgangs-

punkt von den Wandungen des Infundibulum folliculare, den dazugehörigen Fettdrüsen und dem Nagelbette nimmt, also von Punkten, wo die physiologische Entwickelung der Epidermis besonders activ ist. Folge davon ist Hyperkeratosis, Hypersteatosis, Keratolysis. Die nächste Etappe ist Hyperämie der Capillaren im Papillarkörper, Oedem der Papillen. Niemals kommt es zu Folliculitis, Exsudationen, Dermatitis, oder zur Bildung von Furunkelknötchen. Die Alteration der Epidermis ist das Primäre. Besnier widmet der Histologie und Differentialdiagnose grosse Capitel, auf welche wir in dieser Analyse nicht eingehen und bezüglich welcher wir den Leser auf das Original verweisen. Pathogenetisch ist die Affection so unklar, wie es andere Dermatosen sind. Sie gehört in die Classe der trophischen Störungen der Epidermis (Dysépidermotrophie). Sie steht der Psoriasis am nächsten, mit welcher sie einige Affinitäten besitzt, von welcher sie jedoch strenge geschieden ist. Die Bezeichnung der Affection mit P. rubra pilaris vindicirt Besnier für sich. Devergie und Richaud nannten sie Pityriasis rubra. Um sie von der P. r. Hebra zu unterscheiden, und um ein Hauptsymptom, die Röthung, zu markiren, gab er der Bezeichnung Pit. pil. die Qualification rubra. Die Krankheit ist eine heilbare, eine vollständige Restitutio ad integrum ist möglich. Sie heilt auch spontan, ohne jedwede Behandlung. Die Medication ist eine innerliche und äusserliche. Intern gab Besnier Arsenik und Acid. carbolicum. Extern wendet er so ziemlich alle Mittel an, welche der Medicamentenschatz dem Dermatologen bietet, ohne das eine oder andere besonders anzupreisen. W. Pollak.

Tommasoli (25) liefert einen Beitrag zur Histologie der Pityriasis rubra, aus welchem wir Folgendes entnehmen: Das Stratum corneum der Epidermis erscheint im Allgemeinen aus compacten, homogenen, in geringem Grade verdickten Schichten zusammengesetzt. Die unterste Lage der Hornschicht erscheint bei starker Vergrösserung nicht homogen, sondern lässt dichte, äusserst feine, vollkommen ungefärbte Körnchen erkennen. Das Stratum granulosum fehlt an einzelnen Stellen ganz, an anderen ist es auf eine einzige, nicht continuirliche Zellenschicht reducirt. Die Stachelschicht grösstentheils verdünnt, die Form ihrer Zellen im Allgemeinen nicht verändert. Die interepithelialen Räume enthalten Wanderzellen in reichlicher Menge. Der Uebergang von den Stachelzellen zu den Hornzellen tritt sehr deutlich hervor. Die interpapillären Retezapfen zum Theil ganz fehlend, zum Theil verkümmert, kurz und stumpf erscheinend. Die auffälligsten Veränderungen zeigt das Stratum papillare: während es streckenweise vollständig verschwunden, gibt es wieder Partien, in denen das papilläre Aussehen zwar noch erhalten ist, aber die Papillen erscheinen viel breiter und niederer als im Normalzustand; ferner sieht man eine ziemlich breite Infiltrationszone, die bandförmig das ganze Stratum papillare und den obersten Theil der nächstgelegenen Cutisschicht occupirt. Die grösste Dichtigkeit dieser Infiltrationszone correspondirt mit jenen Punkten, an denen die Papillen noch relativ gut conservirt sind; am wenigsten prononcirt ist sie dort, wo von den Papillen keine Spur mehr zu finden ist. Mitten in dieser Infiltration sind Massen von gelbbraunem Pigment eingelagert. Wie Tommasoli hervorhebt, bestehen bezüglich des Aussehens der Papillen gewisse Analogien zwischen Lichen planus und Pityriasis rubra. Während es jedoch evident ist, dass beim Lichen planus die Formveränderung der Papillen von einem hypertrophischen Process der Papillen selbst abhängt, welche nur seitlich anwachsen, und anschwellen, um schliesslich zu confluiren, da das Epithel anfänglich an der Hypertrophie nicht activ betheiligt ist, scheint bei der Pityriasis rubra die Verbreitung und das Confluiren der Papillen ledig-

lich von einer Schrumpfung und Atrophie derselben als Folge der chronischen Infiltration abhängig zu sein. Beim Lichen planus hängt der Schwund der Retezapfen von der activen Pression Seitens der hypertrophischen Papillen ab, während bei der Pityriasis rubra die Alteration und der schliessliche Schwund der Epithelzapfen darauf zurückzuführen ist, dass ihnen allmälig die Stütze und die Ernährung von Seiten des unterliegenden Gewebes entzogen wird. Bei stärkerer Vergrösserung treten an den Punkten, wo keine Papillen mehr vorhanden sind, die Zeichen einer chronischen Entzündung noch deutlicher hervor. Dort, wo die Papillen zum Theil noch erhalten sind, besteht die Infiltration hauptsächlich aus Rundzellen; entsprechend jenen Partien, wo die Papillen verschwunden sind, werden die Rundzellen immer seltener und nimmt dafür die Zahl von spindel- und sternförmigen Zellen zu. Hier verlaufen auch die Bindegewebsfasern der Mehrzahl nach parallel zur Epidermis. Diese Fasern erscheinen verdickt, wie angeschwollen und getrübt. In allen Schnitten fand Tommasoli inmitten der Infiltration der oberen Zone der Cutis glänzende, rundliche, ovale, birn- oder keulenförmige Körperchen von der Grösse eines rothen Blutkörperchens bis zu jener einer Epithelzelle. Diese Körperchen sassen stets nahe am epithelialen Rande. Tommasoli erblickt in ihnen das Product eine Degeneration des Epithels. Die Gefässe erschienen erweitert und geschlängelt, das elastische Gewebe atrophisch. In den tieferen Schichten der Cutis fanden sich keine nennenswerthen Veränderungen. Die Nerven, die Musculi arrectores, und die Schweissdrüsen boten nicht Abnormes. Von Haarfollikeln und Talgdrüsen fand sich in den Präparaten keine Spur. Dornig.

Waitz (26). Ein 2 Jahre altes Kind, welches von gesunden Eltern stammt, zeigt eine auffällige Verdickung und Massenzunahme der unteren Extremitäten; überdies ist die rechte Extremität dicker und grösser als die linke. An der Volumenzunahme betheiligen sich in erster Reihe die Blutgefässe. Man sieht alle Formen der Gefässhyperplasie vom Naevus vasculosus angefangen bis zum Tumor cavernosus. Ferner sind die Lymphgefässe an dem Processe betheiligt, da man unzählige bis hirsekorngrosse Bläschen, die mit Lymphe gefüllt sind, wahrnimmt. Endlich ist auch das Fettgewebe sehr stark entwickelt. Dass es sich um eine angeborene Gewebshyperplasie handelt, erhellt daraus, weil gleich nach der Geburt die verdickten Extremitäten wahrgenommen wurden. Als Riesenwuchs und Acromegalie kann der Fall nicht aufgefasst werden und so schliesst ihn Waitz an die von Esmarch und Kulenkampf hervorgehobenen angeborenen elephantiatischen Formen an. Horovitz.

Bildungsanomalien.

(Hypoplasien, Hyperplasien, Paraplasmen der Epidermis und Cutis.)

1. **Besnier** E. Verrues planes juvéniles. — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, 17. Jänner 1889. Ann. de derm.
2. **Besnier** E. Xanthome glycosurique intermittent (Xanthome des diabétiques, Xanthome temporaire des diabétiques). — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, Paris, März 1889. Ann. de derm.
3. **Vogel.** Ueber Behandlung von Teleangiektasien mit Elektrolyse. — Deutsche med. Wochenschr. 1889.
4. **Greco.** Osservazioni microscopiche sulla sclerodermia. — Giorn. internaz. delle scienze med. 1889, Nr. 9.
5. **Besnier** E. Sclérodermie lardacée en plaques de la face; Sclérémie lardacée d'Alibert; Cheloïde d'Addison; Morphie blanche. — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, Februar 1889. Ann. de derm.

6. **Fournier.** Sclérodermie en plaques du cuir chevelu. — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, Februar 1889. Ann. de derm.
7. **Breda.** Il massaggio nello scleroderma. — Riv. Veneta di sc. med., Settembre 1889.
8. **Cainer.** Contribuzione allo studio della sclerodermia degli adulti. — Riv. Veneta di sc. med., Giugno 1889.
9. **Thibièrge** G. Un cas de sclérodermie avec retractions musculaires. — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis. Juni 1889. Ann. de derm.
10. **Troggler.** Schräges Becken in Folge von Sclerodermie. — Centralbl. f. Gynäkol., Nr. 35, 1889.
11. **Vidal.** Acné chéloïdienne. — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, März 1889. Ann. de derm.
12. **Quinquaud** über Narbenkeloide. — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, Paris, 20. December 1889. Ann. de derm.
13. **Besnier.** Alopécie cicatricielle innominée (3 Fälle). — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, 20. December 1888 und Jänner 1889. Ann. de derm.
14. **Giovannini.** Alcune ricerche intorno alle alterazioni anatomo-patologiche dell' area Celsi. — Bologna, Regia Tipografia 1888. Ref.: Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1889, Nr. 4.
15. **Vidal.** Pelade généralisé. — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, März 1889. Ann. de derm.
16. **Dentu** Le. Teratome du scrotum. — La med. moderne 1889, Nr. 1.
17. **Besnier** E. Lymphodermatose cutanée généralisée, ou dermatite lymphoïde généralisée, avec nodules, plaques et tumeurs. Lymphodermie pernicieuse de Kaposi. — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, März 1889. Ann. de derm.
18. **Vidal.** Observation de lymphodermie pernicieuse. — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, Paris, März 1889. Ann. de derm.
19. **Bruchet.** Mycosis fungoïde. — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, Paris, März 1889. Ann. de derm.
20. **Hallopeau.** Sarcomatose cutanée. — Wochensitzung d. Aerzte des Hôp. St. Louis, Juni 1889. Ann. de derm.
21. **Eschweiler** L. Ueber das Carcinom der Oberlippe, — Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1889, Nr. 4.

Besnier (1) zeigt einen 25jährigen Kranken, bei welchem sich innerhalb zweier Monate im Gesichte zahlreiche kleinere und grössere warzige Gebilde formirt hatten. Vor zwei Jahren hatten sich langsam und unauffällig die ersten Warzen an der Stirne und den Händen gezeigt. Seit einigen Monaten ist die Warzenbildung eine beschleunigte. In Anbetracht dieser schliesslichen raschen Entwickelung der ganzen Eruption müsste man an die Hypothese der parasitären Natur dieser Warzen denken.

W. Pollak.

Besnier (2) hat, seitdem er durch die Publication von Malcolm-Moris auf diese Affection aufmerksam gemacht wurde, dieselbe in vier Fällen gesehen. Einen solchen stellt er der Gesellschaft vor. Er unterscheidet das Xanthom der Diabetiker strenge vom gewöhnlichen Xanthom, von welchem es sich klinisch differenzirt. Das Xanthom hat einige Sonderheiten und zwar: 1. Die grosse Häufigkeit der Localisation im Munde. 2. Das öftere aber nicht ausnahmslose Fehlen von Plaques an den Augenlidern. Einer der Kranken Besnier's mit intermittirendem Diabetes und chronischem Pruritus hat während dreijähriger Beobachtung fort und fort ausschliesslich an den Lidern Xanthom gezeigt. Gewöhnlich fehlen auch

die Xanthomlinien in den Falten der Palma manus. Ferner ist die grössere Häufigkeit der punktförmigen Knötchenform hervorzuheben. Die subjectiven Erscheinungen, Pruritus, spontane oder active Schmerzempfindlichkeit sind beim Xanthom der Diabetiker deutlicher. Als Haupteigenthümlichkeit dieses Xanthoms ist zu nennen, dass es sich gewöhnlich, wenn auch nicht immer, spontan involvirt, dass es intermittent oder remittent ist, sich mit rasch aufeinander folgenden Nachschüben entwickelt und ebenso rasch. ohne eine Spur zu hinterlassen, schwindet. Der Kranke Besnier's hat seit 6 Jahren Xanthom. Seit dieser Zeit ist bei ihm Diabetes sicherzustellen und weist noch die letzte Harnanalyse $^{78}/_{1000}$ Zucker auf. Der Patient ist fettleibig, im Gesichte gut gefärbt, von kräftigem Muskelbau.

Vogel (3) hat einen kleinen Apparat construirt, in den zwei Nähnadeln im Abstand von 1 Mm. durch Siegellack mit einander befestigt, die in die Teleangiektasie einzusenkenden Pole einer constanten Batterie darstellen. Er hat mit demselben gute Erfolge erzielt auch bei grossen Teleangiektasien, zu deren Beseitigung er stets mehrere, 1—2 Wochen auseinanderliegende Sitzungen brauchte. H. Stern.

Greco (4) notirte in einem Falle von Sklerodermie an excidirten Hautstückchen nachstehenden mikroskopischen Befund: Die Hornschicht der Epidermis zeigt keine Abweichungen von der Norm; die Malpighi'sche Schicht erscheint in geringem Grade verdickt und entsprechend den Erhöhungen und Einsenkungen der Papillarschicht pigmentirt. Die Papillen von normaler Configuration, das ganze Stratum papillare dicht besäet mit Zellen und spindelförmigen Körperchen, die durch die angewendete Carmin-Tinction tief gefärbt erscheinen. Im medianen oder centralen Theile jeder Papille zieht man eine Gefässschlinge, die bald unterbrochen erscheint, bald sich in das entsprechende subpapillär verlaufende Gefäss, welches ebenfalls Unterbrechungen zeigt, fortsetzt. Die Schweissdrüsen zeigen auffallende Formveränderungen, ihr Körper oder Knäuel erscheint mannigfach unterbrochen, nach oben zu hakenförmig gekrümmt, nach unten fingerartig gelappt. An einzelnen Stellen sieht man nur noch den Ausführungsgang ohne eine Spur von dem Knäuel. Die Talgdrüsen sind ebenfalls in ihrer Form mannigfach verändert, ihr Ausführungsgang häufig unterbrochen. In einzelnen Haarbälgen ist der Bulbus noch sichtbar, aber das Haar oder der Haarstumpf ist davon losgelöst. Einzelne Präparate zeigten hypertrophische glatte Muskelfasern, andere eine verworrene, mehrfach unterbrochene Muskelmasse. Die Fettgewebe atrophisch, das Bindegewebe der Cutis und das subcutane Gewebe verdichtet, das elastische Gewebe nur an einzelnen Punkten mehr weniger deutlich erkennbar. Dornig.

Besnier (5) stellt ein 12jähriges, blondes, bis auf hochgradige nervöse Erregbarkeit gesundes Mädchen vor, bei welchem sich vor 13 Monaten ohne Schmerz, ohne nennenswerthe Empfindungen der Hautregion des hinteren Drittels des horizontalen Astes des Unterkiefers ein weissgelber Fleck bildete, der sich indessen bis zur Ausdehnung von 6·4 Ctm. vergrösserte. Dieser Fleck besteht aus 3 eng aneinander gefügten kleineren Flecken, welche das Hautniveau überragen, glatt, von gelber Farbe sind, deren etwas vorspringende Ränder jedoch leicht violett tingirt sind. Die Flecke fühlen sich hart an und hat man beim Betasten derselben das Gefühl, als wäre die Haut gefroren und in der harten Haut eine noch härtere Substanz eingebettet. Mit der Lupe sieht man kleine, zierliche Varicositäten.

Fournier (6) zeigt ein 20jähriges Mädchen, das in keiner Weise hereditär belastet ist und selbst keine ernste Erkrankung durchgemacht

hat. Im Alter von 11 Jahren bemerkte dasselbe, dass die Haare ausfallen. Bald bildete sich im Niveau des mittleren Theiles des linken Seitenwandbeines eine Plaque in der Grösse eines Fünffrancsstückes, welche absolut haarlos und schmerzlos war. Seitdem hat diese Plaque an Breite zugenommen, in Form eines ungefähr 2 Ctm. breiten Streifens, der nach unten die Stirne überschreitet und an dem mittleren Theile des linken Augenbrauenbogens endet, und sich verlängert. Im Niveau der Läsion ist die Haut leicht deprimirt, gelb verfärbt und glatt, fühlt sich bei Betastung hart an und ist am Rande violett gefärbt. An einzelnen Stellen des behaarten Kopfes ist die Haut mit dem darunter liegenden Gewebe verwachsen. Vor 7 Jahren trat mitten in der Stirne ein bandartiger Streif auf, welcher sich von der Haargrenze bis zur Nasenwurzel ausdehnt. Er zeigt dasselbe Aussehen, wie die andere sklerosirte Stelle. Seit 3 Jahren ist die Läsion stationär. W. Pollak.

Breda (7) erzielte in einem Falle von Sklerodermie durch eine dreimonatliche Massagecur vollständige Heilung, nachdem vorher weder die interne Verabreichung von Pilocarpin und Jodkali, noch die Anwendung heisser Bäder, noch die Galvanisation des Halssympathicus irgend einen nennenswerthen Erfolg gehabt hatten. Dornig.

Cainer (8) beschreibt einen von ihm bei einer 34jährigen Frau beobachteten Fall von Sklerodermie. Der Beginn des Leidens fällt mit einer Erkältung zusammen, der sich die Frau in der Reconvalescenz nach einem Gesichts-Erysipel ausgesetzt hatte. Cainer bespricht 1. die Beziehungen zwischen der Sklerodermie und dem Erysipel; nicht nur, dass der Sklerodermie ein Erysipel voranging, trat zu ersterer im Verlaufe der Erkrankung neuerdings ein Erysipel hinzu. Das wiederholte Auftreten von Erysipel hängt, wie Cainer annimmt, von einer besonderen Vulnerabilität der Haut ab, welche diese zur Sklerodermie prädisponiren könne. 2. Erörtert Cainer die symptomatischen Varietäten des Sklerems, wobei er bemerkt, dass bei seiner Kranken die Fingerspitzen keine keulenförmigen Anschwellungen zeigten, wie dies häufig der Fall sei. Das Herz functionirte normal, ebenso die Verdauungsorgane. Bezüglich des nosologischen Typus hebt Cainer hervor, dass das Sclerem im Gesicht circumscript, am Halse, am Rumpfe und an den oberen Extremitäten diffus auftrat. Die Läsionen waren symmetrisch, was für den nervösen Ursprung der Affection spreche. An der Stirne, den Augenlidern und den Schläfen war das Hautpigment vermehrt, an den Armen vermindert. Die Talg- und Schweissdrüsen functionirten normal, der Allgemeinzustand der Kranken war ein befriedigender. Die Heilung erfolgte in dem kurzen Zeitraum von drei Monaten und muss, wie der Autor glaubt, in erster Linie dem täglichen Gebrauch von Schwefelbädern in Verbindung mit einer Massagecur zugeschrieben werden. Dornig.

Thibièrge (9) zeigt ein 17jähriges Mädchen, welches seit 4 Jahren an Sklerodermie leidet, die sich im Gesichte, am Halse und an den oberen Extremitäten localisirt. Dabei ist das Integument des Gesichtes in toto verdickt, indurirt, unbeweglich, und Sitz einer braunen Pigmentation, die besonders stark die Oberlippe einnimmt. Die Patientin klagt über Schmerzen in den Oberextremitäten und Behinderung der Bewegung derselben. Die Extension der beiden Vorderarme ist nur unvollkommen möglich und rührt daher, dass beide Biceps brachialis alterirt sind: sie bilden unter der Haut lange, harte, sklerosirte Stränge. Ebenso ist der Supinator magnus sklerosirt. Supination und Pronation der Vorderarme sind erschwert, weil die Muskeln um das Ellbogengelenk fibrös entartet sind. Die Sterno-mastoidei

fühlen sich derb, resistent an. An der Haut des Vorderarmes, am Dorsum man., an der Rückenseite der Finger sind sklerodermatische Plaques vorfindlich. Die Muskeln der Unterextremitäten sind etwas geschwächt. Die Sensibilität ist nicht gestört.

Bei einer 18jährigen Primipara, welche seit ihrem 13. Jahre ihre auf die rechte Unterextremität beschränkte Sklerodermie nach einem Sprunge entstehen gesehen und im Knie ausgeprägte Contractur, Pes exquinus und Abmagerung dieser Extremität darbot, constatirte Troggler (10) Schiefstellung des Beckens mit Abplattung der linken Hälfte. Verfasser macht auf diese Thatsache in dem Sinne aufmerksam, dass nunmehr auch die Sklerodermie zu den Ursachen gezählt werden müsse, welche zu Becken-Veränderungen Veranlassung geben können, und zwar dann, wenn sie die Unterextremität betrifft und in das Alter der Skelett-Entwickelung reicht, und zwar in Folge ungleicher Nachgiebigkeit gegen die Körperbelastung.

Vidal (11) zeigt einen Kranken, welcher in der Regio suprahyoidea eine Keloidnarbe nach Acne zeigt. Diese Narbe ist 3 Ctm. breit und 6 Ctm. lang und überragt das Hautniveau um 6—8 Mm. Im Barte finden sich Acne und Narben nach Acne mit deutlicher Tendenz zur Keloidbildung. Die Narben wurden mit dem scharfen Löffel entfernt; die neuen Narben wurden ebenfalls keloide. Diese wurden nun mit tiefen Scarificationen und Application von Hg-Pflaster behandelt, wodurch innerhalb zweier Monate vollständige Heilung erzielt wurde. W. Pollak.

Quinquaud (12) zeigt einen 24jährigen Mann, welcher am Rücken zahlreiche unregelmässig vertheilte Narben trägt, welche an Stelle multipler oberflächlicher Geschwüre, wie solche durch Syphilis erzeugt werden, getreten sind. Diese Geschwüre recidivirten durch mehrere Wochen, hatten wiederholt Nachschübe und wurden durch die specifische Behandlung zur Heilung gebracht. Die Narben wandelten sich in keloide Narben um. 1½ Jahre später wurde der Kranke wegen seiner Keloidnarben einer Behandlung durch warme Schwefelwasserdouchen unterzogen. Nach 15tägiger Behandlung schwanden die Keloidnarben und machten dünnen, zarten Narben Platz. (Es handelt sich hier nicht um reine Keloide, sondern um ältere Keloidnarben, welche der Resolution sehr zugänglich sind und bei welchen auch spontane Involution vorkommt.) W. Pollak.

Besnier (13) beschreibt einen Fall von Alopecie, welcher einen 36jährigen Mann betrifft. In der ganzen rückwärtigen Partie des behaarten Kopfes, angefangen von der schon seit Langem kahlen Spitze herab bis zum Hinterhauptshöcker und seitwärts bis in beide Schläfegegenden sind Stellen verschiedener Grösse und Form, unregelmässig, serpiginös angereiht, welche central deprimirt, glatt, spiegelnd, vollkommen haarlos sind. In der Peripherie sind die Ränder nicht streng abgegrenzt und gehen die afficirten Partien ohne bestimmte Demarcation in die gesunden Theile über. Zwischen diesen gesunden Hautinseln und dem Centrum der haarlosen Theile ist die Haut geröthet, stellenweise besetzt mit am Hautniveau abgebrochenen Haaren und kleinen oberflächlichen Eiterherden, welche ein Haarinfundibulum besetzen und jenen sehr ähnlich sind, welche man bei Favusnachschüben bemerkt. Einige Kratzaffecte, nirgends Schwielen oder Narben, nirgends ein Process, welcher mit der echten Folliculitis, der sykotischen Folliculitis Aehnlichkeit hätte. Ausserdem finden sich alopecicische Plaques ohne Röthe, ohne Epidermisabscedirung. Die Haare zeigen bei Ansicht mit freiem Auge nichts Auffälliges. Bei der histologischen Untersuchung zeigt sich die Haarwurzel leicht entfärbt; wenige Haare zeigen moniliforme Schwellung, keines ist in der Continuität oder am

freien Ende verändert. Kein anderer Mikrophyt als der banale vorfindlich. Die Affection besteht seit 3 Jahren, trotzt nicht nur jeder Behandlung, sondern verschlimmert sich auffällig durch jeden therapeutischen Eingriff, indem die Röthe zunimmt und die Zahl der isolirten Epidermoidalentzündungen um die Haarfollikel sich vergrössert. — 2. Fall an einem 24jährigen Mann, welcher seit 2 Jahren an der Affection leidet. Sie begann ohne nachweisbare äussere Ursache mit täglicher Bildung von 5—6 Pusteln im Barte in der Regio ascend. max. inf. Allmälig und ohne tiefere locale Störung, ohne stärkere Entzündung der Haut bildeten sich deprimirte Narben an Stelle der Pusteln mit Ausfall der Haare, welche sich nicht wieder ersetzten. Gegenwärtig ist beiderseits die genannte Region in der Mitte von einer leicht hügeligen Narbe eingenommen, welche sich hart anfühlt, an der Peripherie leichte Vorsprünge zeigt, röthlich gefärbt ist. Die Vorsprünge an der Peripherie tragen Haare, welche sich mit oder ohne Scheide ausziehen lassen. Weiter von den Narben entfernt, im behaarten Theile der Region findet man die Haarfollikel leicht geschwellt und mit einem dünnen Krüstchen bedeckt. Die histologische Untersuchung der Haare zeigt normalen Schaft und atrophische Wurzel. Weder im Haare noch in der Haarscheide fand sich bei aufmerksamer wiederholter Prüfung ein pathogener Parasit. — 3. Fall. Ein 31jähriger Mann, blond, sympathisch, von sonst guter Gesundheit, welcher eine Affection im Barte hat, die sich symmetrisch auf beiden Regiones des aufsteigenden Unterkieferastes entwickelt hat und von welcher Folgendes zu bemerken ist: Auf einer vollständig haarlosen, unebenen Hautoberfläche, auf welcher narbige Eindrücke und Hautvorsprünge in Form kleiner Hügel abwechseln, spriessen ein oder mehrere Haare von normaler Farbe aber in verschiedene Richtungen einlenkend. Die meisten sind nicht weit vom Hautniveau entfernt abgebrochen. Zieht man sie aus, so zieht man eine normale Wurzel mit zerfallener Scheide oder den oberen Theil der Scheide mit aus. Sie haften jedoch alle ziemlich stark; der Zug an denselben wird nicht schmerzhaft empfunden. An der Peripherie setzt sich die Affection ohne ausgesprochene Abgrenzung mit demselben Charakter in gesunde Partien fort. Die einzelnen isolirten Elemente der Läsion zeigen feine Vorsprünge, welche leicht schuppen, aber immer um ein Haar herum entwickelt sind. Aehnliche zerstreute Herde findet man in der Regio submaxillaris. Die Läsion ist aber immer symmetrisch zu beiden Seiten. Am behaarten Kopfe findet sich die Erkrankung nicht. Die Krankheit besteht seit 4 Jahren und begann in Folge oder gleichzeitig mit einer Wunde am Kinne, nach welcher eine weisse Narbe blieb. Der Kranke hat sich niemals rasirt, trägt einen Vollbart. Die Affection begann mit Pusteln, welche confluirten und zur Bildung von Eiterherden und Krustenbildung führten. Dieser Zustand dauerte 18 Monate. In späterer Zeit waren die Pusteln weniger zahlreich; es kam eine Periode, wo eine einfache Epidermisabschuppung mit Pustelbildung abwechselte. Die gegenwärtige Pause währt seit 2 Monaten. Bei der histologischen Untersuchung findet man weder einen Parasiten, noch Trichophyton, noch Favus, noch sonstige Charaktere einer infectiösen Haarerkrankung.

Giovannini (14) berichtet in einer vorläufigen Mittheilung über die Ergebnisse seiner Untersuchungen, welche die histologischen Veränderungen der Kopfhaut bei Area Celsi zum Gegenstande haben. Bei der mikroskopischen Untersuchung der noch mit spärlichen Haaren versehenen Haut, welche der Peripherie einer alopecischen Area entnommen war, fand er im Bindegewebe der mittleren Haarbalgschichte eine Leukocyten-Infiltration, welche, von oben nach unten fortschreitend, allmälig an Dichte zunahm, den Grund des Haarbalges occupirte und sich auch unterhalb

desselben ausbreitete. Besagte Infiltration war in der Umgebung der Gefässe am dichtesten; entprechend dem Follikelgrunde fanden sich die Leukocyten nicht nur zwischen der zerfaserten Glashaut, sondern auch zwischen den Zellen der Haarmatrix und selbst im unteren Theile der Papille eingelagert. In der mit Leukocyten infiltrirten Haarmatrix erschienen die Epithelzellen aus ihrem natürlichen Zusammenhang gebracht, an einzelnen Punkten abnorm verhornt; mitotische Bilder fanden sich in diesen Zellen in viel geringerer Anzahl als im Normalzustande. Ganz analoge Befunde ergab die Untersuchung solcher Hautstücke, die völlig haarlosen Stellen alopecischer Kreise entnommen waren, nur dass hier die Leukocyten-Infiltration noch ausgebreiteter war. In älteren Areis fand Giovannini, dass das Epithel an den Knäueln der Schweissdrüsen colloid entartet war und dass zwischen haarlosen Bälgen solche vorhanden waren, die in ihrem Grunde rudimentäre Haare enthielten. In einem Falle von Area Celsi, in welchem wenige Wochen nach der zum Zwecke der Untersuchung vorgenommenen Excision eines Hautstückchens die Haare wieder üppig zu wachsen begannen, constatirte er in den junge Haare enthaltenden Bälgen zwar auch die oben erwähnte Infiltration, doch war sie in der Regel schon wesentlich geringer; hingegen war dann, wenn die Haare bereits merklich aus der Hautoberfläche hervorragten, die Infiltration der die Matrix der jungen Haare umgebenden Partie des Follikels nicht mehr nachweisbar. Giovannini nimmt nun an, dass die von ihm bei der Area Celsi gefundene Leukocyten-Infiltration mit dem Haarausfall und, wenn dieser einmal erfolgt ist, mit dem verhinderten Wachsthum der Haare in einigem Zusammenhang stehe. Höchst wahrscheinlich sei die Leukocyten-Infiltration der Ausdruck eines entzündlichen Processes, in welchem Falle der Haarausfall bei der Area Celsi auf die gleiche Stufe zu stellen wäre mit der im Gefolge eines selbst sehr leichten Entzündungsprocesses der Haut stattfindenden Abstossung der Epidermis. Dornig.

Vidal (15) zeigt einen Kranken, bei welchem die Alopecie symmetrisch auf beiden Körperhälften auftrat. Zuerst trat der Ausfall der Haare unter Jucken im Barte, im Schnurrbart, unter der Nase, am Kinn, dann gleichzeitig symmetrisch auf beiden Kopfhälften, beiden Armen u. s. w. auf. Gleichzeitig betraf die Alopecie auch die Augenbrauen, die Wimpern, die Schamhaare und die Achselhöhle. Vidal wandte am Kopfe und im Gesichte des Patienten durch mehr als sechs Monate das flüssige Vesicans Bidet (Canthariden) an. Die Haare wuchsen am Kopfe und im Gesichte vollkommen nach. W. Pollak.

Am 19. October 1887 operirte Le Dentu (16) einen 18jährigen jungen Mann an einem Scrotaltumor. Er hielt den Tumor für ein Teratom; keinerlei Anzeichen berechtigten zur Annahme einer malignen Neubildung, und auch die Anamnese berechtigte, einen congenitalen Tumor anzunehmen. Die vollkommen ungleiche Consistenz schloss die Hämatocelen aus, sowie die Neubildungen mit serösem Inhalte; — das grosse Volumen, sowie die zahlreichen Höhlungen, von denen der Tumor durchsetzt war, sprach gegen die cystische Form. — Die Operation ging ohne Schwierigkeiten vor sich. Die pathologisch-histologische Untersuchung ergab folgendes Resultat: Diagnose: Teratom; Befund: Tumor von der Grösse eines Kindskopfes. Haut über demselben normal — verschiebbar. Raphe etwas von der Medianlinie nach links verschoben. — Linker Testikel normal — befindet sich links oben vom Tumor. — Der Tumor von länglicher Form, besteht aus 3 Hauptpartien. Der rechte Lappen fluctuirt in seiner ganzen Ausdehnung — der linke Lappen — gleichzeitig fluctuirend — communicirt nicht mit dem rechten Lappen. Zwischen beiden Lappen eingeschoben befindet sich

eine dritte Partie von sehr derber Consistenz (knorpelhart), an keiner Stelle ist eine Transparenz des Tumors wahrzunehmen. Canalis deferens erscheint intact. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Folgendes: Der Tumor ist von einer grossen Zahl cystischer Taschen gebildet, welche durch verschieden dicke Septa von einander getrennt sind. Die einzelnen Cysten communiciren nicht, in ihren Zwischenwänden (von sehr verschiedener Dicke) kann man schon mit blossem Auge Knorpelfragmente und Knochenkerne constatiren. — Die Grösse der Cysten variirt von der einer Nuss — bis zu der einer Orange. — Ihr Inhalt ist zum Theile serös, klar, transparent, zum Theile klebrig, fadenziehend und einzelne Haarbüschel enthaltend. Der solide Antheil des Tumors erscheint von einer derben Masse gebildet, in welcher man auch Fettzellen unterscheiden kann. Im centralen Antheile der festen Partie findet man eine Knochenmasse, fast von der Grösse eines Oberkiefers, deren Form ganz sonderbar ist. Nirgends konnten Zähne nachgewiesen werden. Berggruen.

Besnier (17) zeigte einen Fall von Lymphodermia perniciosa Kaposi. Er betrifft einen 76jährigen, bisher gesunden Mann, Potator. Die Haut des Kranken ist in toto rosenroth, blassroth, violett gefärbt, verdickt und auffallend stark in Falten gelegt; sie scheint für den Körper, den sie bedeckt, viel zu weit zu sein. Das Gesicht erscheint dadurch leontiatisch. Die Haut ist in ihrer ganzen Dicke infiltrirt, die Epidermis schuppt leicht. Jucken, sowie Nässen in den Hautrissen ist vorhanden. Die Dermatitis ist eine idiopathische, primitive und besteht seit 3 Monaten. Im Harne ist Zucker nicht nachweisbar. Die Krankheit begann ungewöhnlicher Weise mit einem „Furunkel" des Unterschenkels, einem „Anthrax" des Rückens, der mit dem Thermokauter eröffnet wurde. Hierauf erschienen an verschiedenen Körperstellen kleinere Tumoren, die sich spontan öffneten und nur wenig Eiter entleerten oder sich involvirten. Zugleich wurde die Haut roth, juckte und leitete sich der Zustand ein, der noch besteht. Zur Zeit der Vorstellung des Patientin sind noch 18 derartige Geschwülste zu constatiren, darunter eine macaronförmige in der Regio sacralis, die man als massiges, lymphoides Neoplasma und nicht als furunculoiden oder anthracoiden Tumor betrachten muss. Ein mandelgrosser Tumor befindet sich unterhalb der rechten Brustwarze. Die Milz ist nicht vergrössert; die Vermehrung der weissen Blutkörperchen ist eine geringe. Die Geschwulst in der Kreuzbeingegend wächst ungemein rasch. Unter starker Abmagerung und unstillbarer Diarrhöe verstarb der Kranke nach achtmonatlicher Krankheit. Ein Sectionsbefund liegt noch nicht vor. W. Pollak.

Vidal (18) referirt in ausführlichster Weise über einen Fall, welchen er vor mehreren Jahren (1884) beobachtet und bei welchem er die Diagnose Mycosis fungoides in ihren Anfangsstadien gestellt hatte. Es betraf dies einen 66jährigen Mann, welcher an einer intercurrirenden Pneumonie verstarb. Aufmerksam gemacht, durch Besnier's und Kaposi's Beschreibung der Lymphoderma perniciosa komme er retrospectiv auf diesen Fall zurück und ist nun der Ansicht, dass die Lymphoderma perniciosa keine selbstständige Krankheit sei und abzuwarten sei, ob nicht neuere Fälle darthun werden, dass die Lymphoderma perniciosa, wenn sie nicht durch ihre Heftigkeit tödtet, nur ein Vorstadium der Tumorenbildung sei.

W. Pollak.

Bruchet (19) demonstrirt einen 67jährigen Mann, welcher durch nahezu 7 Jahre einen Process zeigt, welcher sich durch fortgesetzte Recidiven bis in die Jüngstzeit erhielt. Zuletzt entwickelten sich die Symptome in folgender Weise: Auf der Vorderfläche des Oberschenkels in deren oberem Drittel entwickelte sich ein kleiner hemisphärischer Tumor, der

die über ihm lagernde, leicht vascularisirte Haut in die Höhe hob, sich derb, resistent anfühlt, absolut schmerzlos und von den benachbarten Partien genau abzugrenzen ist; er ist unmittelbar subcutan, auf der darunterliegenden Aponeurose verschiebbar. Dieser harte Knoten wuchs allmälig, ergriff die Dicke der Haut und wurde violett. Bald trat auf seiner Oberfläche Ulceration auf. Gleichzeitig entwickelte sich am anderen Schenkel eine runde, macaronförmige Geschwulst mit elevirtem Centrum, deren Oberfläche ebenfalls geschwürig wurde, deren Geschwürsfläche sich mit starken, fungösen, rothen Granulationen bedeckte. Hierauf entwickelten sich am Thorax vier haselnuss- bis nussgrosse Tumoren, theils hypodermatisch, theils in der Cutis, mit welcher sie verwachsen sind, lagernd. Alle diese Tumoren sind schmerzlos. Trotzdem nun das Leiden in derselben Weise schon durch Jahre dauert, ist das Allgemeinbefinden des Kranken ein ganz vorzügliches geblieben. Der Patient leugnet, Syphilis gehabt zu haben, trotzdem wurde früher von Fournier die antiluetische Behandlung durchgeführt, jedoch ohne Erfolg. Eine histologische oder bacteriologische Untersuchung war durch den Widerstand, den der Kranke auch einer kleinsten Operation beharrlich entgegensetzt, nicht möglich gewesen. W. Pollak.

Hallopeau (20) demonstrirt einen 49jährigen, anämischen Kranken, welcher eine ganz enorme partielle Schwellung des Gesichtes aufweist, die dem Kranken einen ganz besonderen Gesichtsausdruck verleiht. Die Schwellung beginnt rechts in der Schläfegegend, nimmt gegen die mittlere Partie der Wange zu, ergreift die Lider, welche einen beträchtlich grossen Vorsprung bilden und nicht geschlossen werden können, erstreckt sich bis zum oberen Rand des Unterkiefers, geht vorne bis zur Nase und Lippencommissur, occupirt die Augenbrauen und endet rückwärts hinter dem Ohre. Links ist die Wange ebenso geschwellt, jedoch in geringerem Masse. Die rechte Wange ist nicht nur ödematös, sie ist auch der Sitz von erbsen- bis bohnengrossen, isolirten oder zu Massen gehäuften Tumoren, welche zuweilen nicht ganz abtastbar sind, sondern sich in dem Oedeme verlieren. Es macht den Eindruck, als wäre die ganze Wange durch eine Fülle neoplastischer Massen infiltrirt. Aehnliche Tumoren palpirt man in der Tiefe des Halses. Die Lymphdrüsen des Halses, der Leisten und Achselhöhlen sind stark intumescirt; in der Regio supraclavicularis ist eine eigrosse Drüse; Leber und Milz sind nicht vergrössert, die Zahl der weissen Blutkörperchen ist nicht vermehrt. Patient hatte durch 5 Jahre lymphdrüsenähnliche Geschwülste am Halse, in beiden Reg. mastoideis, in der Leiste und der Achselhöhle, welche vielfach recidivirten, jedoch auf locale Jodbehandlung sich rückbildeten. Zuletzt wurde bei einem Drüsentumor hinter dem Ohr Pointes de feu in Anwendung gezogen. In Folge davon traten Erysipeln auf, nach welchen das Gesicht bleibend geschwellt blieb. Gleichzeitig entwickelte sich in diesen Schwellungen, ohne dass Excoriationen oder wunde Stellen vorhanden gewesen wären, eine Anzahl kleiner Tumoren. In den letzten 3 Wochen entwickelte sich die Schwellung der linken Wange und der Partie um die Nase und das Oedem am rechten Auge, welches seinen Verschluss hinderte. Hallopeau glaubt nicht, dass es sich hier um eine Pseudo-Elephantiasis, noch Erysipel, sondern um die seltene Bildung von Hautsarkomen im Gesichte handle.

W. Pollak.

Im Gegensatze zum primären Carcinom der Unterlippe, ist nach Eschweiler (21) das Carcinom der Oberlippe als primäre Affection eine ziemlich seltene Erscheinung, doch auch hier betheiligt sich das männliche Geschlecht mit einer ungewöhnlich hohen Procentzahl. Als gemeinsames

Antecedens aller Carcinome der Oberlippe konnte Eschweiler einen Defect der schützenden Epidermis eruiren. Diese Thatsache ist geeignet, als Ausgangspunkt beim Suchen nach der Ursache dieser Carcinome, ins Auge gefasst zu werden. Horovitz.

Parasiten und parasitäre Affectionen.

Hallopeau: Favus généralisé. Wochensitzung der Aerzte des Hôp. St. Louis. 6. December 1888. (Discussion: Besnier, Lailler.)

Hallopeau stellt einen Kranken vor, welcher an den Unterschenkeln runde, leicht deprimirte, an der Peripherie pigmentirte, im Kreis gestellte Narben trägt, welche absolut das Ansehen syphilitischer Narben haben. Indess handelt es sich um Favusnarben, welche seit zwei Jahren bestehen. Um diese Narben herum oder in deren Nachbarschaft, aber auch an übrigen Körperstellen treten öfter Favusborken auf. Ausserdem hat der Kranke Favus des behaarten Kopfes, der Nägel, welche die als hippokratische bekannte Deformation aufweisen. Patient steht seit mehr als fünf Jahren in ärztlicher Behandlung.

Besnier — an diesen Fall anknüpfend — erklärt Narben nach Favus am Körper nie gesehen zu haben. Im vorliegenden Falle führt er die Narbenbildung auf bestehende Tuberculose der Kranken zurück.

Lailler hebt die lange Lebensfähigkeit des Favuspilzes hervor. Während der Belagerung von Paris sah er einen 40jährigen Mann, welcher seit seiner Kindheit Favus hatte, aber seit 25 Jahren frei von Favus war. Während der Belagerung lebte der Kranke unter schlechten hygienischen Verhältnissen (Unreinlichkeit) und bekam, ohne dass er sich einer neuen Infection ausgesetzt hätte, wieder Favus. Er erzählt ferner, dass, nachdem ein Favuskranker seine Abtheilung verlassen hatte, das Bett desselben nicht vollständig gereinigt wurde; es wurden nur die Tücher gewechselt. Der nachfolgende Kranke, welcher circa vier Monate lang dieses Bett benützte, bekam ebenfalls Favus.

III.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Vaccinationslehre.

(Redigirt von **Alois Epstein** in Prag.)

Wolff Max (Berlin). Ueber Vererbung von Infectionskrankheiten. Virchow's Arch., Bd. 112, pag. 136—202.

Wolff versucht auf experimentellem Wege die Lösung der Frage, ob pathogene Mikroben von der Mutter auf den Fötus übergehen oder nicht. Seine Versuche beziehen sich auf den Milzbrand, die Vaccine und die Variola. Die ausserordentlich grosse Differenz der Anschauungen über die fötale Infection mit Milzbrand gab zunächst Veranlassung, diese äusserst wichtige Frage einer erneuten Prüfung zu unterziehen. Zu dem Zwecke wurden 9 trächtige Meerschweinchen und Kaninchen subcutan mit Milzbrandsporen geimpft. Diese 9 Mutterthiere sind übereinstimmend an exquisitem Milzbrand zu Grunde gegangen. In denselben fanden sich im Ganzen 29 Junge, die das Material für die Untersuchung der Frage von der fötalen Infection mit Milzbrandbacillen abgegeben haben. Zuerst wurden die fötalen Organe mikroskopisch untersucht. Das Resultat war, dass in den Organen aller Fälle kein einziger Milzbrandbacillus zu sehen war. In der mütterlichen Placenta waren stets reichliche Bacillen vorhanden, während solche in den kindlichen Chorionzotten niemals nachweisbar waren. In zweiter Reihe wurden von den fötalen Organen sämmtlicher Fötus unter sorgfältiger Vermeidung einer Uebertragung von den mütterlichen Organen, Culturen angelegt. Es wurden zu diesen Culturen verriebene Stückchen der fötalen Organe verwendet. Im Ganzen wurden 156 Culturen angelegt. Von diesen zeigten 150 absolut keine Entwickelung von Milzbrandbacillen. Letztere trat nur in 6 Culturen, also ausnahmsweise auf. Zur weiteren Controle wurden fötale Organstücke auf andere Thiere verimpft. In dieser Weise gelangten 24 Fötus zur Verimpfung auf 13 junge Meerschweinchen und auf 16 weisse Mäuse. Das Endergebniss aller dieser Impfungen war, dass von den 29 Controlthieren 26 sicher von Milzbrand verschont geblieben sind, während 2 Meerschweinchen und 1 Maus der Milzbrandinfection erlegen sind. Wolff ist der Meinung, dass nur solche Fälle einen ganz unzweifelhaften Beweis für oder gegen fötale Infection liefern, in denen alle drei Versuchsmethoden ein in sich völlig übereinstimmendes Resultat ergeben haben. Demnach haben seine Versuche in der überwiegendsten Mehrzahl der Fälle ein Ergebniss geliefert, dass ohne weitere Deutung zweifellos gegen die fötale Infection spricht. Zur Erklärung der scheinbar widersprechenden Befunde bei 6 Fötus macht Wolff darauf aufmerksam, dass bei diesen immer die grössere Zahl der angewandten Methoden, nämlich zwei gegen den fötalen Milzbrand sprechen, und es somit wahrscheinlich erscheint, dass es sich um eine zufällige Infection der fötalen Gewebsbestandtheile durch gleichzeitige Uebertragung

minimaler mütterlicher Partikelchen gehandelt habe. Zuletzt berücksichtigt Wolff die eventuell den Uebergang der Bacillen aus der mütterlichen in die fötalen Placenta-Antheile beeinflussenden Verhältnisse, so die verschiedenen Perioden der Schwangerschaft, die Zeitdauer der Infection, die Differenzen im anatomischen Bau der Placenta bei verschiedenen Thierspecies, anämische Zustände während der Schwangerschaft, die Frage der Einwanderung von Bacterien durch die intacte normale placentare Scheidewand, und endlich pathologische Veränderungen der Placenta. Wolff gelangt zu dem Schlusse, dass die Placenta, abgesehen von seltenen durch pathologische Veränderungen derselben bedingten Ausnahmefällen zu allen Zeiten der Schwangerschaft eine unüberschreitbare Schranke für die Milzbrandbacillen bildet. Die zweite Aufgabe Wolff's geht dahin, den Nachweis zu führen, ob das Vaccinecontagium von der Mutter auf den Fötus übergeht. Zur Beantwortung dieser Frage wurden schwangere Frauen mit Vaccine geimpft und kurze Zeit nach der Geburt die Kinder derselben ebenfalls geimpft. Blieben die Neugeborenen nach erfolgreicher Impfung der Schwangeren gegen Vaccine immun, so war die Frage der fötalen Impfung im positiven Sinne entschieden. Angewandt wurde die Methode der Impfung mittels flacher Incisionen. Wolff impfte 20 Schwangere im 8., 9. und 10. Schwangerschaftsmonate, 6—78 Tage vor der Geburt des Kindes. Der Erfolg der Impfung bei diesen Schwangeren war ein vollkommener. In 11 Fällen entwickelten sich typische Vaccinebläschen, in 6 Fällen kam es zur Bildung von Knötchen mit geringer Reaction der Peripherie, bei 3 Müttern war der Erfolg negativ. In keinem einzigen Falle war dagegen nach der Impfung der 17 Neugeborenen ein negatives Resultat zu verzeichnen. Wolff legte sich nun die Frage vor, ob denn bei den mitgetheilten Impfversuchen an Schwangeren wirklich bereits eine allgemeine Durchseuchung letzterer durch die Vaccine stattgefunden hatte, zu der Zeit als ihre Kinder geboren wurden. Um diesen Einwand zu beheben, wurden 6 Kinder im verschiedenen Alter geimpft, und jedes Mal 6 Tage nach der ersten Impfung zum zweiten Male mit wirksamer Lymphe vaccinirt. Die Erstimpfungen waren stets mit vollem Erfolge ausgeführt worden. Nach den zweiten Impfungen war in keinem einzigen Falle an den 52 Impfstellen, die bei den 6 Kindern angelegt wurden, auch nur ein typisches Vaccinebläschen zur Entwickelung gekommen. Aus diesen Versuchen geht hervor, dass bereits 6 Tage nach der ersten Impfung eine völlige Durchseuchung des menschlichen Organismus durch die Vaccine erfolgt ist. Bei allen 17 Schwangeren lag hiernach also zeitlich die Möglichkeit einer intrauterinen Vaccination auch ihrer Fötus sehr wohl vor. Diese intrauterine Vaccination ist aber trotzdem nicht erfolgt. Wolff weist zur Unterstützung seiner Beobachtungen auf 63 in der Literatur verzeichnete Fälle hin, in welchen die Mütter erfolgreich geimpft wurden, und bei deren Neugeborenen der Erfolg der Vaccination nur in 9 Fällen ausblieb. Auf Grund dieser Thatsachen spricht Wolff die Ansicht aus, dass das dem mütterlichen Organismus eingeimpfte Vaccinecontagium in der Placenta eine Scheidewand findet, die dasselbe nicht zu überschreiten vermag. Bezüglich der Variola macht Wolff vorerst aufmerksam, dass es nicht zulässig ist, das Verhalten des Variolagiftes und des Vaccinegiftes hinsichtlich der fötalen Infection zu vergleichen. Das ausnahmsweise Vorkommen von Pocken beim Fötus in utero, welches mehrfach in der Literatur verbürgt ist, fordert zu der Frage auf, welche Bedingungen im Verlaufe der Pocken vorhanden sind, die den Uebergang von Keimen auf den Fötus in diesen Fällen ermöglicht haben. In dieser Beziehung erinnert Wolff an die ausserordentliche Disposition der Pocken zu Blutungen nicht nur in der Haut, sondern auch in den inneren Organen. Bei der bestehenden

vorzugsweisen Prädisposition des weiblichen Geschlechtes für die hämorrhagische Form der Pocken und wiederum gerade schwangerer Frauen erscheint nun die Annahme gerechtfertigt, dass die Fälle von Pocken beim Fötus in der Weise zu erklären sind, dass bei den Blutungen im Genitalapparate während der Schwangerschaft gelegentlich auch Pockenkeime aus dem mütterlichen Blute in den fötalen Organismus hinübergespült werden und hier zur Entwickelung gelangen. Andererseits besteht die Möglichkeit einer Infection des Fötus per contiguitatem mit Rücksicht auf den Umstand, dass die Pockeneruption, wie auf anderen Schleimhäuten auch in der Vagina verschieden hoch zum Vorschein kommen kann. Ob eine Pockeneruption auch im Uterus stattfindet, ist bisher nicht sichergestellt. Die Bedingungen für den Uebergang des Pockengiftes von der Mutter auf den Fötus sind somit gerade beim Pockenprocesse sehr günstige. Trotzdem ist die fötale Variola nur ein sehr seltenes Vorkommniss. Czerny (Prag).

Prof. Max **Wolff** (Berlin). Ueber Vaccination neugeborener Kinder. — Virchow's Arch., Bd. 117, pag. 357—412.

Wolff nahm die Vaccination neugeborener Kinder mit Rücksicht auf die Frage vor, ob man berechtigt sei, Kinder gleich von der Geburt an vor der Variola-Infection durch Vaccination zu schützen und inwieweit die Furcht vor zu frühzeitiger Impfung gerechtfertigt ist. Bei 17 Vorversuchen von Impfungen schwangerer Mütter 6—78 Tage vor der Geburt war niemals eine intrauterine Vaccination der Fötus erfolgt. Wolff schliesst daraus, dass das dem mütterlichen Organismus eingeimpfte Vaccinecontagium in der Placenta eine Scheidewand findet, die dasselbe unter normalen Verhältnissen nicht zu überschreiten vermag. Diese Erfahrung veranlasste Wolff, die Impfung neugeborener Kinder gleich nach der Geburt vorzunehmen, was mit ausschliesslicher Anwendung der Schnittimpfung geschah. Die erste Versuchsreihe betrifft 8 kräftige Kinder von einem Körpergewichte von 3150—4390 Gr., sämmtlich im Alter von 1—2 Tagen, welche mit unverdünnter humanisirter Lymphe geimpft worden waren. Der Erfolg der Impfung war in allen Fällen ein positiver. In der Peripherie der Vaccinebläschen zeigten sich örtliche Reactionserscheinungen, bestehend in einer verschieden weit ausgebreiteten Hautröthung und Schwellung. Das Allgemeinbefinden der Neugeborenen war ein gutes, ein Vaccinefieber fehlte stets vollständig. Wolff verfügt ausser diesen 8 Fällen noch über die eigene Beobachtung, betreffend die Impfung von 34 neugeborenen Kindern zwischen dem ersten bis sechsten Lebenstage, welche er bereits früher aus anderweitigen Gründen vorgenommen hatte. Auch bei diesen Kindern war in keinem einzigen Falle die Entwickelung von specifischen Jenner'schen Bläschen ausgeblieben. Das Allgemeinbefinden und die örtlichen Erscheinungen waren den früher genannten gleich. Die verwendete menschliche Lymphe war rein ohne conservirenden Zusatz in Capillarröhrchen verschieden lang aufbewahrt worden. Die älteste Lymphe war 158 Tage conservirt worden. Die Impfung eines neugeborenen 3 Tage alten Kindes mit letzterer hatte den Erfolg einer wohlentwickelten Pustel nach 6 Impfschnitten. Impfung mit 155 Tage alter Lymphe bei 2 Kindern ergab bei je 6 Impfschnitten einmal 5, das andere Mal 3 Pusteln. In den übrigen Fällen, in welchen jüngere Lymphe verwendet wurde, war weitaus in den meisten nicht ein einziger Impfschnitt ausgefallen. Die zweite Versuchsreihe betrifft 15 Neugeborene mit einem Körpergewichte von 2930—4000 Gr., die im Alter von 8 Stunden bis 3 Tagen nach der Geburt mit Kalblymphe, die von 5 verschiedenen Kälbern herrührte, geimpft worden sind. Der Erfolg war in 7 Fällen ein so vollkommener, dass überhaupt kein Impfschnitt ausfiel. In 1 Fall kamen 7, in 2 Fällen je 6, in 1 Fall 5, in 1 Fall 4, in

1 Fall 3 und schliesslich in 2 Fällen je 2 typische Jenner'sche Bläschen zu Stande. Was den localen Verlauf an den Impfschnitten anbetrifft, so zeigte dieser denselben Charakter wie nach der Impfung mit humanisirter Lymphe. Bemerkenswerth ist, dass auch nach der animalen Impfung kein einziges Kind ein Vaccinefieber bekam. Zur Controle wurden mit derselben animalen Lymphe 8 ältere Kinder (im 5. Lebensmonate und darüber) geimpft. Bei diesen wurde im Gegensatze zu den Neugeborenen stets deutliches Fieber nach der Vaccination constatirt. Nächst den Temperaturverhältnissen nach der Impfung ist bei den Controlversuchen auch der Ausfall einzelner Impfschnitte bei älteren Erstimpflingen bemerkenswerth mit Rücksicht auf die vielfach beliebte Annahme einer verminderten Empfänglichkeit Neugeborener gegen Vaccine. Es besteht vielmehr ein ganz vollkommen paralleles Verhalten nach der Impfung neugeborener und älterer Erstimpflinge. Die Intensität der entzündlichen Localerscheinungen in der Peripherie der Pocken ist wechselnder Natur und hängt bei neugeborenen, ebenso wie bei älteren Kindern wesentlich von der Individualität des Impflings, von der Beschaffenheit des Hautorgans und von der Beschaffenheit der Lymphe (Coccengehalt) im einzelnen Falle ab. Dem Vaccinationsfieber älterer Erstimpflinge gegenüber sind die Temperaturverhältnisse bei neugeborenen Kindern nach der Impfung bemerkenswerth. Wolff sah nur in einem einzigen Falle unter 23 fortdauernd nach der Impfung gemessenen Neugeborenen eine einmalige abendliche Temperatursteigerung bis auf 38·2° C. am 8. Tage nach der Impfung. In den übrigen 22 Fällen ist die Körpertemperatur stets unter 38·0° C. geblieben. Da Temperaturen von 37·8° C. und 37·9° C. innerhalb der ersten Lebenswoche auch unter ganz normalen Verhältnissen vorkommen können, so lässt sich kein Unterschied in der Temperatur bei geimpften und nicht geimpften gesunden Neugeborenen feststellen. Wolff hebt ausdrücklich hervor, dass auch in allen den Fällen, bei denen der locale entzündliche Process im Impfbereiche bei den Neugeborenen eine bemerkenswerthe Höhe erreicht hatte, dennoch von einem Vaccinationsfieber niemals etwas zu constatiren gewesen ist. Wundinfectionskrankeiten hat Wolff bei seinen neugeborenen Impflingen niemals beobachtet. Was die Schutzdauer nach der Impfung Neugeborener anbelangt, so weist Wolff auf die Thatsache hin, dass auch für ältere Erstimpflinge die Dauer des durch Impfung erzielten Schutzes gegen natürliche Pocken individuell innerhalb weiter Grenzen schwankt. Der vollkommen typische Entwickelungsgang der Jenner'schen Bläschen bei geimpften Neugeborenen lässt auch eine gleiche Dauer des Impfschutzes wie bei älteren Erstimpflingen vermuthen. In Hinblick auf die durch statistische Erhebungen sichergestellte Abhängigkeit der Sterblichkeit bei Pocken von der Zahl gut ausgebildeter Impfpusteln muss der Impfschutz nach der Vaccination Neugeborener als ein sehr vollkommener bezeichnet werden. Unter 57 Impfungen Wolff's an Neugeborenen sind nur in 1 Fall 1, in 4 Fällen je 2, in 4 Fällen je 3, in 48 Fällen aber je 4 und mehr Pusteln zu Stande gekommen. Die Resultate, die sich aus den Untersuchungen von Wolff ergeben, sind folgende: 1. Neugeborene können vom ersten Tage der Geburt an erfolgreich geimpft werden. 2. Eine verminderte oder unvollkommene vaccinale Empfänglichkeit der Neugeborenen existirt nicht. 3. In Bezug auf die Schutzkraft der Impfung liegt kein Grund zu der Annahme vor, dass dieselbe bei Neugeborenen weniger ausreichend sei, als bei älteren Erstimpflingen. 4. Die Neugeborenen ertragen die Impfung sehr gut. 5. Durch die Impfung Neugeborener ist es möglich, die Kinder vom ersten Tage der Geburt an, vor der gerade ihnen so verhängnissvollen Infection mit Variola zu schützen. Czerny (Prag).

IV.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 19. März 1890.

Vorsitzender: Prof. Kaposi; Schriftführer: Privatdocent Dr. von Zeissl.

Dr. C. Ullmann stellt einen 2 Jahre und 3 Monate alten Knaben aus der Syphilis-Abtheilung Lang vor. Die Mutter des Kindes ist 29 Jahre alt. Die anamnestischen Daten sind wegen sehr geringer Intelligenz der Mutter, die ihr Kind durch 2 Jahre bei einer Kostfrau hatte, nicht verwerthbar. Nur so viel konnte eruirt werden, dass dieselbe vor 10 Jahren abortirte. Nach diesem Abortus gebar sie ein jetzt 4 Jahre altes, bisher stets gesundes Kind und dann den jetzt vorgestellten $2^1/_4$ Jahre alten Knaben. Dieser ist sehr herabgekommen und wiegt gegenwärtig 8 Kilo.

Das Kind soll bis Neujahr stets gesund gewesen sein, seit dieser Zeit jedoch immerwährend kränkeln. In den letzten Tagen sei erst noch eine fieberhafte Erkrankung hinzugetreten. An der Mutter finden sich derzeit keine manifesten Zeichen von Syphilis, wohl aber sind an dem linken kleinen Labium deutliche und ausgedehnte Narben zu constatiren. Vom Vater ist nichts Sicheres zu erfahren. Zunächst fällt es auf, dass das Kind sehr schwer und rasch athmet, und dass sein Gesicht stark gedunsen und cyanotisch ist. Diese Erscheinungen sind auf Larynxcroup und auf durch diesen veranlasste Pneumonie zurückzuführen. Ein Geschwürchen an der Zunge mit diphtheritischem Belege, die Schwere der Erscheinungen, sowie der heisere Crouphusten lassen die intercurrirende Infectionserkrankung als sehr wahrscheinlich annehmen. Die Schleimhäute des Mundes sind sonst nur auffallend blass. Bei der Untersuchung des Larynx konnten die Stimmbänder nicht zur Ansicht gebracht werden. Ausser dieser schweren Erkrankung finden sich aber an dem Kinde Zeichen schwerer, luischer Spätformen, welche sowohl die Haut, als auch die Schleimhaut und das Knochengerüste betreffen. Die Nase ist an ihrer Spitze etwas eingesunken, und erweist sich ihre knorpelige Nasenscheidewand in grosser Ausdehnung durchbrochen. Der rechte Nasenflügel ist durch ziemlich tiefgreifende Geschwüre zerstört, die Spitze deshalb seitlich verzogen. Dieses Symptom ist deshalb von besonderem Interesse, weil es sich bei hereditärer Lues in so zartem Kindesalter wohl nur selten findet. In der Mitte sowohl der Oberlippe, als auch noch mehr der Unterlippe findet man je eine tief eingezogene, narbige Stelle und es finden sich ausserdem von beiden Mund-

winkeln ausgehend, beiderseits mehrere beiläufig 0·5 Ctm. lange, oberflächliche, strahlenförmig auseinandergehende Hautnärbchen. An der Hinterfläche der Ohren findet sich rechts ein 1 Ctm. im Durchmesser, links ein 0·5 Ctm. im Durchmesser haltendes, oberflächliches Geschwür. In der Mitte des linken Vorderarmes, u. zw. an seiner Streckseite sitzt ein vom subcutanen Zellgewebe ausgehendes Gumma, in welchem es zu centralem Zerfall gekommen ist. In Benarbung begriffen, früher zerfallen gewesene Infiltrate an der Haut des Gesässes dürften ebenfalls luischen Ursprungs sein. Ausser diesen die Haut und Schleimhaut betreffenden Syphiliserscheinungen ist noch zu erwähnen, dass neben rhachitischen Erscheinungen leichteren Grades am untern Drittel der rechten Ulna eine wallnussgrosse Auftreibung nachweisbar war, die im Zusammenhalte mit den anderweitigen Lues-Erscheinungen ebenfalls auf die in Rede stehende Bluterkrankung zu beziehen sein dürfte. Die Metacarpusknochen des rechten Zeige- und Mittelfingers waren beträchtlich verdickt; desgleichen die Endfläche des rechten Daumens, an deren Volarfläche sich eine Fistelöffnung fand, welche in eine bohnengrosse Abscesshöhle führte. Erwähnenswerth war noch, dass an verschiedenen Stellen geschwellte Lymphknoten zu tasten waren. Grössere, derartige Packete fanden sich namentlich in beiden Inframaxillargegenden. Zudem litt das Kind an beiderseitiger Otitis media, welche zur Perforation beider Trommelfelle geführt hatte. Das frühzeitige Vorkommen so schwerer tertiärer Erscheinungen in Folge von Lues bei einem so jugendlichen Individuum (2½ Jahre altes Kind) — es mag die Lues angeboren oder erworben sein — namentlich die Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand veranlasste Dr. Ullmann, diesen Fall vorzuführen.

Prof. Lang hält dafür, dass es sich in diesem Falle höchstwahrscheinlich um ererbte Lues handle. Prof. Kaposi und Neumann fassten den Fall gleichfalls als Lues auf und betonen gleichfalls, dass Perforation der Nasenscheidewand so kurze Zeit nach der Geburt sehr selten vorkommt.

Dr. Hebra stellte einen Fall von **Lepra** vor. Der Kranke ist 38 Jahre alt, in Breslau geboren und wanderte 1873 nach Brasilien aus, wo er seit 1874 in der Provinz St. Paul lebte. 1875 heiratete er eine als Kind nach Brasilien gekommene Holsteinerin, 1879 gebar diese ein Mädchen, das 4 Monate alt an Krämpfen starb. Seither hatte sie kein Kind mehr und ist von Lepra frei. Seit ungefähr 3 Jahren leidet der vorgestellte Mann an Lepra. Mit Leprakranken kam er nie in directe Berührung. 1885 traten am Kranken Sudamina auf, welche sich bis zur Bläschenbildung steigerten; diese mögen vielleicht die Eintrittspforte für die Bacillen abgegeben haben, erweisbar ist es aber nicht. Die Wäscherin, welche durch Jahre seine Wäsche wusch, war nicht mit Lepra behaftet. Ein Jahr später, 1886, entwickelte sich auf Brust und Rücken, besonders aber an der Innenfläche der Oberschenkel, eine Eruption blau-, braunrother Flecken, deren Anwesenheit mehr als ein Jahr beobachtet wurde.

Nach einer Arsenbehandlung trat eine Ruhepause bis 1888 ein. 1888 traten flache Knötchen an verschiedenen Hautstellen auf, welche sich namentlich nach einem heftigen Fieberanfalle vermehrten und im Verlaufe eines Jahres zu der gegenwärtigen Ausdehnung heranwuchsen. Vom Kopfe beginnend bis zu den Schlüsselbeinen ist die Haut dunkel pigmentirt. Von den Schlüsselbeinen nach abwärts findet sich ein handbreiter Streifen normal gefärbter Haut; von dessen unterem Rande bis zu den Füssen hinunter findet sich ein graulichbräunliches Colorit. Das Gesicht zeigt einen starren Ausdruck; am linken Augenbraubogen und an der rechten Wange, gleich neben dem Nasenflügel steht ein erbsengrosser Lepraknoten.

Sonst ist das Gesicht glatt. An den Ohren finden sich die Knötchen namentlich am Rande der Ohrmuschel in grosser Anzahl, so dass diese wie ausgenagt aussehen. Zahlreiche hirse- bis erbsengrosse Lepraknoten finden sich massenhaft über die allgemeine Bedeckung des Stammes und der Extremitäten vertheilt. Namentlich reichlich finden sie sich gegen die Nates hin und stellen an beiden Hinterbacken ziemlich grosse, derbe Knoten dar, zwischen denen die Haut blauroth gefärbt, derb teigig ist. Mund- und Rachenschleimhaut sind frei. Die hochgradige Hyperästhesie hat seit einiger Zeit abgenommen. An der medialen Fläche des linken Unterschenkels vom Malleolus internus bis zur halben Wade ist das Perceptionsvermögen herabgesetzt. Die excidirten Hautknoten werden mikroskopisch untersucht werden und wird Hebra seiner Zeit den Befund mittheilen. Kaposi hält wegen der zahlreichen distincten und nicht über erbsengrossen und halbkugelig hervorragenden Knoten den Fall für einen seltenen und bezieht sich auf einen vor 2 Jahren an seiner Klinik in Behandlung gestandenen, ähnlichen Fall aus Reval.

Hierauf stellt Kaposi einen **Leprakranken,** welcher seit 5 Jahren an seiner Klinik in Beobachtung steht, vor. Derselbe bot dadurch ein grosses Interesse, dass das Zugrundegehen der Augen an ihm beobachtet werden konnte. An beiden Augen traten zu ungleichen Zeiten vom Ciliarkörper ausgehende Lepraknoten auf. Es wurde zwar die Discission der Cornea ausgeführt, diese war aber vergeblich. Alle mit den gegen Lepra empfohlenen Mitteln angestellten und durch lange Zeit fortgesetzten therapeutischen Versuche hatten kein anderes Ergebniss, als dass periodenweise Rückbildungen und neue Eruptionen erfolgten, und dass sich in Folge der zweckmässigen Pflege die Ernährung befriedigend gestaltete. Seit längerer Zeit stellte sich in der Haut keine neue Exacerbation ein. Wegen der Starre des Kehlkopfes kann der Kranke zeitweise nicht schlingen.

Prof. Neumann theilt die Geschichte eines **Harnröhrendivertikels** mit. Am 31. December 1889 wurde der 59 Jahre alte Taglöhner J. S. mit acuter Urethritis und Strictur auf Neumann's Klinik aufgenommen. Derselbe stand schon im Jahre 1884 wegen Urethritis daselbst in Behandlung. Schon damals war das Gewebe in der Urethra unterminirt und von dieser abgehoben. Bei der Untersuchung zeigte sich 3 Ctm. von der Urethralmündung, $1^1/_2$ Ctm. von der Fossa navicularis entfernt, eine hühnereigrosse, prall gespannte, mit der umgebenden Haut gleich gefärbte, fluctuirende Geschwulst, über welcher die Präputialhaut leicht verschiebbar war, und aus der sich bei Druck klarer Harn entleerte, welcher aus dem Orificium urethrae nach aussen gelangte. Beim Einführen einer Darmsaite durch die stricturirte Harnröhre floss der Harn auch neben dieser nach aussen. Wie lange diese Geschwulst bestehen mochte, darüber konnte der Kranke keine Angabe machen. Ueber die Diagnose konnte, nachdem die Erscheinungen so klar zu Tage lagen, kein Zweifel obwalten, dass man es nämlich mit einer Divertikelbildung der unteren Wand der Harnröhrenschleimhaut zu thun hatte. Da aber der Kranke, nachdem nur Darmsaiten eingeführt worden, am folgenden Tage Erscheinungen von Harninfiltration, nämlich consecutive, phlegmonöse Schwellung, Eiteransammlung um den Sack und die Umgebung darbot, wurde er behufs chirurgischer Behandlung auf die Abtheilung des Prof. Dittel transferirt.

Dieser Fall steht in der Literatur nicht vereinzelt da. Von dieser seltenen Anomalie sind 9 Fälle veröffentlicht, u. zw. von Hendriksy, Langier, Lotzbeck, Busch, Hüter, Schlüher, de Paoli, Boker, Demarquay, welche die gleichen Merkmale zeigten: Eine unmittelbar hinter der Eichel beginnende, selbst bis zur Peniscrotalfalte reichende Ausweitung der Harn-

röhre auf Kosten ihrer unteren Wand. Anschwellung des Penis auf dessen Unterseite, welche nach vorne in das normale Präputium, nach hinten in die Penoscrotalfalte sich verliert. Die Grösse eines solchen Harnsackes ist die eines Tauben- bis Hühnereies. Beim Uriniren füllt sich derselbe ganz prall. Die Innenfläche des Divertikels ist stets mit Schleimhautepithel ausgekleidet. Die Geschwulst fühlt sich in collabirtem Zustande weich fluctuirend, in gefülltem hingegen vollkommen prall an, sodann kann sie durch Druck von aussen verkleinert, selbst ganz entleert werden. Endlich ist sie durchscheinend und zeigt niemals entzündliche Veränderungen. Der Harn geht niemals im Strahle ab, sondern fliesst in das Divertikel, und letzteres muss mit Hilfe der Hände durch Streichen und Drücken entleert werden. Sehr leicht wird das Divertikel durch den eingeführten Katheter entleert und letzterer kann dann von der Harnröhre aus nach unten in die dilatirte Partie vorgeschoben und von aussen durchgefühlt werden.

Prof. Neumann stellte ferner einen 26 Jahre alten Mann vor, welcher einen deutlichen **syphilitischen Primäraffect** am inneren Blatte des Präputium zeigte. An der Haut des Penis, des Scrotum, des Stammes, der Achselhöhle fanden sich nässende Papeln, von denen einzelne einen diphtheritischen Beleg zeigten. Ausserdem sah man an den genannten Localitäten einzelne mit Krusten bedeckte Papeln und reichliche, im Kreise angeordnete Roseolaflächen. Wegen der nässenden Papeln am Stamme führte Prof. Neumann den Fall vor.

Ein dritter Fall, welchen Prof. Neumann zeigte, bietet grosses forensisches Interesse.

Ein 10 Jahre altes Mädchen, das auf freiem Felde von einem 18 Jahre alten Burschen geschändet worden war, wurde 24 Stunden nach dem erfolgten Attentate auf die Klinik Neumann's gebracht. Das Kind zeigt ausser der Zerreissung des Hymens einen tiefen Einriss in das Perineum, welcher bis an den Sphincter ani externus in die Tiefe reichte. Dieser Einriss setzt sich nach aufwärts in die hintere Scheidenwand fort. Die Länge des ganzen Risses beträgt 2 Ctm., die Rissfläche ist in ein speckig belegtes Geschwür umgewandelt. Sperma wurde bei der 60 Stunden nach dem Attentate vorgenommenen Untersuchung in der Scheide nicht gefunden.

Dr. Grünfeld theilt einen Fall von **Harnverhaltung** mit. Diese entstand durch Injectionen von Creolin in $^1/_2$procentiger Lösung, welche wegen eines Trippers mit der gewöhnlichen Tripperspritze vorgenommen wurden. Bei der ersten endoskopischen Untersuchung, die ohne eine Blutung gepflogen werden konnte, fand man die Harnröhre vom Orificium ext. bis in das Anfangsstück der Pars prost. verschorft. Der Schorf war ziemlich dick, von schmutzig gelbgrauer Farbe. Nur an wenigen Stellen war die Mucosa urethr. unverändert und stach durch die rothe Farbe von der Umgebung ab. Am 2. Tage, an dem Patient demonstrirt wird, war der Schorf grossentheils abgestossen und bluten in Folge dessen mehrere Stellen.

Die Verschorfung war hier nach Grünfeld's Meinung ebenso wie bei Einspritzungen mit Nitras argenti nicht durch die zu starke Concentration der Einspritzungsflüssigkeit, sondern durch die häufige Wiederholung der Injectionen (3mal täglich) erfolgt.

Dr. Lukasiewicz stellt von der Klinik Kaposi einen Fall von **Transplantation** nach Thiersch vor. An dem kräftigen, 26 Jahre alten Manne bestand am linken Unterschenkel seit 4 Jahren ein mit callösen

Rändern versehenes Fussgeschwür. Dieses betraf den grössten Theil der unteren Hälfte des genannten Unterschenkels.

Im August 1889 wurden die callösen Geschwürsränder umschnitten, die Geschwürsfläche ausgekratzt und dann vom rechten Oberschenkel entnommene Epidermisstreifen mittelst einer Spatel übertragen und dann der Verband angelegt. Nach 8 Tagen wurde der Verband entfernt, die Epidermisstreifen waren angelöthet, und es erfolgte rasche Vernarbung. Im November desselben Jahres war ein Theil der Narbe und zwar ein guldenstückgrosser Theil neuerlich zerfallen, die Transplantation wurde zum zweiten Male an dieser kleineren Stelle mit bestem Erfolge ausgeführt.

Dr. C. Ullmann berichtet über einen gleich günstig verlaufenen Fall von **Thiersch'scher Transplantation** aus der Abtheilung Lang's.

Dr. Lukasiewicz stellt aus der Klinik Kaposi's einen Fall von **Tuberculose der Nase** vor.

Frau F. S., 24 Jahre alt, Arbeiters-Gattin, stammt angeblich aus einer gesunden Familie. Der Vater soll an Cholera, die Mutter an einer unbekannten Krankheit gestorben sein. Drei lebende Geschwister erfreuen sich guter Gesundheit. Die Patientin war immer schwächlich, aber nie krank. Sie ist seit ihrem 18. Lebensjahre menstruirt und hat zweimal gesunde Kinder geboren. Das Leiden der Nase, wegen dessen sie in Spitalsbehandlung steht, soll beiläufig 15 Monate vor ihrer Aufnahme in das Krankenhaus begonnen haben, und zwar in Form einer kleinen, prominenten, schmerzhaften Röthung des rechten Nasenflügels, welche langsam zunahm. Bei der Aufnahme am 30. November 1889 wurde folgende Anamnese notirt:

Die Kranke ist schlecht genährt, über beiden Lungenspitzen ist abgeschwächtes Athmen zu hören, percutorisch sind keine Unterschiede nachweisbar, auscultatorisch abgeschwächtes Athmen. Die übrigen Organe sind normal. Die Kranke ist im neunten Monate schwanger. Die Nase der Patientin ist bis zur Mitte des Nasenrückens diffus geröthet, geschwellt und mässig infiltrirt, nicht sehr schmerzhaft. Am rechten Nasenflügel sieht man eine livid röthliche, fluctuirende, halbkreuzergrosse, bei Druck etwas Eiter entleerende Prominenz, darüber eine kleine gelbe Borke. Die ganze infiltrirte Hautpartie schuppt leicht. Bei oberflächlicher Betrachtung hätte man die Diagnose auf Lupus stellen können, die richtige anderslautende Diagnose wurde aber während des Verlaufes bald klar.

Nach zwei Wochen dauerndem Spitalsaufenthalt war es nämlich zur Exulceration der obgenannten Prominenz gekommen, indem ein kleiner Defect im Nasenflügel entstand. Die in seiner Umgebung exulcerirte Haut zeigte röthlichgelbe, wenig blutende, schlappe Granulationen. Die Ränder des Defectes waren weich, nicht unterminirt und feinzackig. Der reichlich abgesonderte Eiter trocknete bald zu Krusten ein. Dieser locale Zustand schritt trotz Cauterisirens mit dem Paquelin, dem Lapisstift etc. fort. Der weitere Verlauf bietet nichts Auffälliges.

Patientin machte eine Angina durch und wurde Ende Jänner auf die Gebärklinik transferirt und überstand dort den Geburtsact ohne Kunsthilfe. Bald nach der Entbindung stellte sich Fieber ein, welches mit dem Fortschreiten der Lungenaffection in Zusammenhang gebracht wurde. Der Defect am rechten Nasenflügel vergrösserte sich ebenfalls, und war, als die Kranke am 11. Februar wieder an die dermatologische Klinik zurückkam, pfenniggross. Von der Nasenspitze war nur ein Zipfel übriggeblieben und war in der Nasenscheidewand ein linsengrosser Substanzverlust entstanden. Den ganzen Grund dieser geschwürigen Fläche füllen röthliche, schlappe, leicht blutende Granulationen. Die sonst sehr abgemagerte

Patientin bietet jetzt in den oberen Partien beider Lungen deutliche Zeichen der Tuberculose. Im Sputum finden sich reichliche Tuberkelbacillen. Der Process an der Nase schreitet sichtlich und rasch weiter. Der Nasenflügel fehlt vollständig, die Ränder des Geschwüres sind zackig, wie ausgenagt, die Granulationen füllen den ganzen Grund aus. In der rechten Nasenhälfte reicht die Ulceration circa 2 Ctm. von der Nasenspitze nach aufwärts, links sieht man nur oberflächliche Ulcerationen rings um die Perforationsstelle des Septums. Die hinteren Partien sind beiderseits hyperämisch und mit Borken bedeckt. Am weichen Gaumen, an den Gaumenbögen sieht man miliare, grauröthliche, eingesprengte Knötchen. Im rechten Gaumenbogen findet sich ein kleiner Defect. Der Kehldeckel ist geschwellt und geröthet, ebenso die aryepiglottischen Bänder und die Aryknorpel. Ueber dem linken Aryknorpel sieht man oberflächliche Ulcerationen. In Folge dieser Schwellungen sind die Stimmbänder nicht sichtbar.

Die Diagnose, welche zur Zeit der Aufnahme schwer war, konnte nach mehrwöchentlicher Beobachtung bestimmt auf Tuberculose gestellt werden. Dieselbe hatte von der Nasenschleimhaut auf das Integument der Nase übergegriffen. Der Process entwickelte sich an der Nase ebenso wie in den Lungen erst nach dem Wochenbett, mit prägnanten Symptomen. Auffallend ist in dem vorliegenden Falle der rasche Verlauf, was ihn auch gegenüber dem Lupus und Scrophuloderma kennzeichnen würde, so wie das Fehlen eines derben Infiltrats mit wallartig aufgeworfenen Rändern, gegenüber einem ulcerösen Syphilid oder einem Epitheliom in Betracht kommt. Die unregelmässige Gestalt unseres Geschwüres ist auch bezeichnend. Michelson hebt nämlich für das syphilitische Geschwür am Nasenseptum hervor, dass es dort in der Form longitudinaler Furchen oder Mulden vorkomme. Auch das Rossbach'sche Ulcus rotundum septi nasi cartilaginei lässt sich schon aus der Gestalt im vorliegenden Fall ausschliessen. In der Literatur kennt Lukasiewicz nur 30 Fälle von Tuberculose der Nase. Die Mehrzahl derselben sind in einer Dissertation von Mertens zusammengestellt. Der vorliegende Fall ist, da man jetzt zwei Formen der Tuberculose der Nasenschleimhaut unterscheidet, nämlich die ulcerative und die Tumorenform, zur ersteren zu rechnen. Wie im Falle von Riehl, wurde auch in diesem Falle das Septum und der Nasenflügel ergriffen, während sich die meisten bekannten ulcerativen Fälle am Septum localisirten.

Während im Sputum reichlich Bacillen nachzuweisen waren, untersuchte Lukasiewicz das Geschwürssecret wiederholt, aber immer mit negativem Erfolg auf Tuberkelbacillen. Dagegen fand er recht viele Streptococcen, was ihn in der letzten Zeit zum Ausgiessen von Platten mit diesem Secrete bewog.

Ob hier die zahlreichen Mikroorganismen oder die niedrige Temperatur der Aussenwelt (Gerhardt) an dem negativen Befunde Schuld tragen, will Lukasiewicz vorläufig nicht entscheiden.

Die histologische Untersuchung zeigt so wie in einem Falle von Michelson und in einem Falle von Hajek ein nur aus Rundzellen bestehendes Gewebe. Das Fehlen von epitheloiden und Riesenzellen und einer Knötchenanordnung der Zellen ist bei dem klinischen Verlaufe auffallend. Lukasiewicz hofft, dass weitere Untersuchungen noch Licht in die Sache bringen werden.

Dr. v. Hebra verwendet zur Basis seiner vorgezeigten Präparate zur Behandlung verschiedener Hautkrankheiten, Glycerin, dem Cocusseife zugesetzt ist. Diese Glycerinmasse besteht aus 80 Theilen Glycerin und 20 Theilen Cocusseife, oder 92 Theilen Glycerin und 8 Theilen Cocusseife.

Diese Masse ist fest, erweicht sich aber bei Körpertemperatur; durch dieselbe wird die Epidermis erweicht, das Glycerin wirkt aber auch keratoblastisch. Die in Rede stehende Masse nennt Hebra Glycerinum saponatum. Dieselbe ist in warmem und kaltem Wasser löslich, löst lösliche Medicamente und suspendirt nicht lösliche. Die demonstrirten Präparate, die aus Sarg's Fabrik stammen, wurden von Hebra seit sechs Monaten bei verschiedenen Hauterkrankungen mit Erfolg angewendet und zwar Glycerin. saponatum mit Salicylsäure bei Schwielenbildung, oberflächlichen Mykosen etc. Die Salicylsäuresalbe lieferte das Constituens für eine lange Zeit haltbare Resorcinsalbe. Letztere leistet sehr gute Dienste bei Seborrhoea capillitii und acuten Eczemen.

Gut bewährt sich eine Creosotsalicylsalbe als antibacilläres Mittel gegen Lupus und Tyloma. Salicylsäuretheerpräparate leisteten sehr Gutes bei Eczemen. Seifen mit neutraler Basis sind Glycerin. saponatum 95, Oxyd. zinci 5·0 als Cosmeticum sehr gut verwendbar.

Als gutes Mittel gegen Eczem empfiehlt sich Glycerin. saponat. 78·00, Oxyd. zinci 20·00, Amyli puri 2·00.

Schwefelpräparate sind von stärkerer Consistenz. Jodoform zeigte, in Glycerin. saponat. suspendirt, besonders günstige Wirkung. Ein Gleiches lässt sich Chrysarobin- und Ichtholsalben, welche mit dieser Basis dargestellt wurden, nachrühmen.

Sitzung vom 2. April 1890.

Vorsitzender Prof. Kaposi; Schriftführer Dr. Lukasiewicz.

Herr Lang: **Ueber seine Methode der Behandlung von Bubonen.**

Anknüpfend an die von ihm im Jahre 1889 gehaltene Demonstration in der k. k. „Gesellschaft der Aerzte", zeigte der Vortragende abermals zwei Fälle von Bubonenbehandlung mittelst Eröffnung und Hautnaht.

Der Vortragende operirt so gründlich als möglich, entfernt die nekrotischen und infiltrirten Gewebstheile, also Längsschnitt durch die fluctuirende Geschwulstkuppe, wenn eine solche vorhanden, Exstirpation, beziehungsweise Ausräumung alles Krankhaften, ausgiebige Desinfection des Cavums, Abtragung verdünnter Wundränder in dem Sinne, dass eine möglichst lineare Vereinigung zu Stande kommen kann. Nun werden die Wundlefzen mit Knopfnähten vereinigt. Um die Spannung zu verringern, werden zwei bis drei weiter ausgreifende Stütznähte gemacht. In die Mitte der Wundflächen wird ein kleines Drain passend eingeknüpft und nach einiger Zeit entfernt. In mehreren Fällen war das derart erzielte Resultat eine vollkommene Prima intentio. Aber auch in ungünstigsten Fällen, wenn die Naht versagte und sämmtliche Nähte durchschnitten, resultirte keine Verzögerung, sondern eher noch eine Verkürzung des Heilverfahrens, ein rasches Anlegen der Höhlenwände ohne Fistelbildung, jedenfalls aber kein Schaden für das Individuum. Handelt es sich um alte fistulöse Gänge, dann wird zunächst alles Krankhafte in der Tiefe der Fistelgänge entfernt und hernach so verfahren, als früher angedeutet wurde.

Vortragender demonstrirt an einem der Fälle, wo beiderseits derartige Fisteln seit mehr als dreiviertel Jahren bestanden und nun gründlich operirt worden war, dass die eine am 28. Februar operirte und genähte Seite bereits seit dem 26. März geschlossen, während die andere am selben Datum operirte, offen behandelte, sonst völlig normal verlaufende Wunde der anderen Seite um 14 bis 16 Tage länger zur Vernarbung bedurfte. An einem erst kürzlich von der Abtheilung entlassenen

Patientin konnte Lang ebenfalls die Beobachtung machen, dass die genähte Seite rascher verheilt war (die Differenz betrug 8 bis 10 Tage), obgleich sämmtliche Nähte durchgeschnitten hatten.

Discussion:

Herr Mraček wünscht zu wissen, ob der Vortragende die Abkürzung der Krankheitsdauer in Tagen ziffermässig angeben könne.

Herr Lang bedauert dazu noch nicht gelangt zu sein, da er die Fälle noch nicht gezählt habe.

Herr Horovitz hat mit weil. Herrn Dr. Richard Wittelshöfer an einer der hiesigen Spitalsabtheilungen diese Methode der Bubonenoperation versucht, doch ohne befriedigenden Erfolg.

Herr Grünfeld erzielte auf diese Behandlung in vorantiseptischer Zeit gute Erfolge.

Herr Neumann, der ebenfalls die Methode an seiner Klinik übte, schlägt vor, aufs Programm einer der zukünftigen Sitzungen die Bubonenbehandlung zu setzen (wird angenommen).

Herr Lang stellt einen zweiten Fall vor mit **„Funiculitis im Leistencanal und Durchbruch durch die Bauchdecke“.**

Derselbe betrifft einen 30jährigen Mann. Die Affection entwickelte sich im Gefolge eines Trippers.

Lang fasst die etwa 1 Dcm. lange, an der breitesten Stelle etwa $^1/_2$ Dcm. breite, sehr derbe Geschwulst als „Funiculitis“ auf, welche an einer Stelle der Bauchhaut zum Durchbruche führte. Es lässt sich einerseits nämlich von aussen einer rechtsseitigen Epididymitis der verdickte Samenstrang gegen den Leistencanal hin und in die Geschwulstmasse übergehend verfolgen und anderseits vom Rectum aus oberhalb der verkleinerten Prostata ein derber, länglicher Strang rechts von der letzteren durchtasten. Die Geschwulst der Bauchdecken besteht seit 6 bis 8 Wochen, seit mehreren Jahren ein Harnröhrenausfluss und auch links Epididymitis, die jedes Mal zur Eiterung mit Fistelbildung führte, von denen die der Geschwulst entsprechende rechtsseitige Fistel noch dünnen, serösen Eiter entleert.

Herr Ehrmann erwähnt einen ähnlichen Fall.

Zeissl auch einen Fall an der Klinik „Albert“ in Folge von Urethritis.

Herr Hebra demonstrirt an einem etwa 50jährigen Manne einen über dem rechten Jochbeine sitzenden, thalergrossen, melanotischen Fleck, in dessen Mitte sich ein kreuzergrosser, schwarzbrauner, succulenter Knoten erhebt. Melanotisches Sarkom. Ein Theil wurde mittelst Paquelins geätzt. Die Bildung zeigt rasches Wachsthum.

Kaposi macht aufmerksam, dass er wiederholt isolirte Sarkome an verschiedenen Körperstellen, auf dem Oberschenkel, zwischen den Schultern, gesehen hat, nach deren Exstirpation seit Jahren keine Recidive erfolgte.

Die melanotischen Sarkome lassen aber keine gute Prognose zu. Er zeigt eine Abbildung von einem Falle, bei dem ein solches von der Zehe operirt worden war, und binnen 6 Monaten die melanotischen Geschwülste über die ganze untere Extremität, die Bauchdecken und die inneren Organe sich ausgebreitet hatten.

Herr Ullmann stellt einen 6jährigen Knaben mit **Urethrocystitis gonorrhoica** vor. Bei dem forensischen und klinischen Interesse, das der Fall leistet, gibt der Vortragende die Aufklärung, dass das Kind von einem 15jährigen Kindermädchen inficirt worden ist, an welchem Vulvo-

Vaginitis bei intactem Hymen zu constatiren war. Bei ihr hatte die Infection angeblich durch Ueberwältigung und Coitus von Seite ihres Dienstgebers stattgefunden.

Herr Ullmann theilt weiters mit: Das Kind hat bald nach dem ersten Auftreten von Symptomen das Ambulatorium aufgesucht und daselbst unter unseren Augen alle Phasen des obengenannten gonorrhoischen Processes durchgemacht. Am 23. Jänner wurde bei ihm wegen eingetretener Phimose und Schwellung Phimoseoperation gemacht.

Ein zweiter vorgestellter Fall verdient einige Worte nur wegen der Besonderheit der Infectionsweise.

Bei einem im trunkenen Zustande vollbrachten Coitus per os hatte Patient eine Bisswunde an der Glans erhalten. Bei dem nun darauffolgenden natürlichen Coitus inficirte sich Patient sämmtliche wunde Stellen und besitzt jetzt ganz genau den Zahneindrücken entsprechende, ebensoviele typisch ausgebildete venerische Geschwüre.

Der Vortragende möchte ferner zu dem Falle aus der letzten Sitzung (hereditär syphilitisches 2¼ Jahre altes Kind) einige epikritische Bemerkungen nachtragen.

Nach 36stündigem Verbleibe auf der Abtheilung verschied das Kind, trotzdem ihm die Tracheotomie, die er noch am Tage der Vorstellung in Folge mehrerer aufgetretener Erstickungsanfälle zu machen gezwungen war, für einige Stunden sichtliche Erleichterung verschafft hatte. Die Obductionsdiagnose (Kolisko) lautete: „Diphtheritis cum inflammatione crouposa descendenti laryngis. Pneumonia lobularis praecipue sinistra. Rhachitis, Lues hereditaria."

Die Section hatte im Wesentlichen unsere Auffassung bestätigt. Nur jene als Typhus gedeutete Auftreibung der linken Ulna hatte sich als eine bei der Weichheit des rhachitischen Skeletes leicht erklärliche Fractur mit Callusbildung erwiesen. Die Ulceration der unteren Partie der Nasenknorpel und der Nasenflügel wurde auch von den pathologischen Anatomen als Seltenheit bezeichnet.

W. Boeck hat in seinen „Erfahrungen über Syphilis" mehrere derartige seltene Fälle von tiefeingreifenden Ulcerationen bei hereditär luetischen Kindern in so zartem Alter und bei noch jüngeren Kindern berichtet, von denen ihm die pathologischen Anatomen in Stockholm Mittheilung gemacht hatten. Auch er nimmt an, dass die Rhinitis als solche fast niemals zur Destruction der die Nase formirenden Gebilde führe. Ob auch die beiderseitige Paukenhöhlenschleimhauterkrankung, die Perforation und den Ohrenfluss erzeugt hatte, in directem Zusammenhange mit der Syphilis gestanden war, wurde durch die Section und durch Blosslegung der Stellen mit Sicherheit nicht eruirt. Das Felsenbein erwies sich beiderseits intact. Die Erkrankung war blos auf die Schleimhaut beschränkt und enthielt das Secret wohl zahlreiche Mikroorganismen, Coccen wie Bacterien mit Ausschluss von Tuberkelbacillen. Vielleicht stand die Erkrankung in ätiologischem Zusammenhange mit dem Croup und hatte weder mit Tuberkel noch Syphilis etwas zu thun. Leider hinderten äussere Umstände, zur Entscheidung in dieser Frage, Züchtungsversuche zu machen.

Herr Paschkis erwähnt eines Falles, wo bei einem 6monatlichen Kinde ein Defect und Perforation der Nase vorhanden war.

Herr Neumann erwähnt eines ähnlichen Falles von Schott.

Herr Neumann zeigt 2 gelungene Wachspräparate, darstellend je einen Fall von Tuberculosis cutis der Nase und des Penis. Letzerer Fall befindet sich auf seiner Abtheilung und kann wegen Schmerzhaftigkeit der Affection und seines Fieberzustandes nicht vorgeführt werden.

Herr Neumann: Vorführung eines Falles von seltener Form **universeller Dermatose (Erythema toxicum).** Ein 33jähriger, aus Krakau gebürtiger Goldarbeiter, der vor 8 Jahren eine Cystitis, sonst nie eine ernste Krankheit gehabt haben soll, wurde vor 14 Tagen von Husten, Fieber und Kopfschmerzen befallen, zu welchem sich noch am 15. März Athmungsbeschwerden gesellten. Am 13. März bekam er den Hautausschlag in Form von Schuppen am Handrücken beiderseits und im Gesichte. Gegen die Athembeschwerden wurde folgende Arznei verabreicht.

Pulv. Dower 1·5
Morph. mur. 0·04
Bicarbon. sodae 3·0
Sacch. alb. 3·0
in dos. XII.

Am 15. März kam Patient auf die Syphilis-Klinik und zeigte folgenden Status:

Bei dem ziemlich kräftig und gut genährten Patienten sieht man an den Extremitäten und am Stamme hirsekorngrosse, dunkelgeröthete, den Haarbälgen entsprechende Efflorescenzen, deren Centrum nirgends eine Vertiefung aufweist; sie unterscheiden sich vom gewöhnlichen Lichen pilaris nur durch die Localisation am Stamme und die braunrothe Farbe und den acuten Verlauf. An einzelnen Stellen sind mehrere linsengrosse Knötchen von dunkel- bis lichtbrauner Farbe. An zahlreichen Gruppen löst sich die Epidermis als eine dünne Lamelle ab. Die Haut erscheint blassroth, auch am Nacken, an der Brustwand findet man blassrothe Flächen, die dem acuten Verlaufe des Processes ein deutliches Gepräge geben. Interessant sind die Erscheinungen am Handrücken, Vorderarm, Gesichtshaut, der inneren Schenkelfläche und über der Symphyse. An den Handrücken sind die Furchen und Linien tief von einander abstehend, ihnen entsprechend zahlreiche Einrisse in die Epidermis. Das Gewebe ist lederartig, trocken, Nägel weiss, jedoch ohne Bildung von hypertrophischer Nägelsubstanz. An der Innenfläche der Vorderarme und Ellenbogenbeuge ist die Haut dunkelroth. In den Ellenbogenbeugen zahlreiche Petechien. Die Gesichtshaut ist pergamentartig trocken, mässig infiltrirt, an der behaarten Kopfhaut findet man Schuppenbildungen. Die Augenliderhaut ist verdickt. Beim Schliessen der Lider wird der Bulbus nicht vollständig gedeckt. An den unteren Extremitäten sind dunkelrothe, blutig suffundirte Efflorescenzen. Fusssohlen beiderseits geschwellt. Gegen den Rücken zu ist die Haut dunkelroth mit zahlreichen hämorrhagischen Punkten versehen.

25. März. Im weiteren Verlaufe zeigen sich folgende Veränderungen:

Die Haut der Hand ist mehr geschwellt. Den Metacarpenräumen entsprechend befinden sich horizontale auch längliche Fissuren. Die zahlreichen Knötchen an den unteren Extremitäten und dem Stamme sind roth, hämorrhagisch, theilweise und zwar am Stamme confluirt. Die Schwellung der Haut ist geringer. Am Gesichte nimmt die Krankheit eine diffuse, flächenförmige Ausbreitung an, auch am Nacken, Rücken und an der Brustwand. Die Haut selbst ist weicher, elastisch, nur an den Streckflächen des Ellenbogengelenkes ist dieselbe noch derb, infiltrirt, dunkelroth. Am Fussrücken breitet sich die Röthung bis zu den Malleolen aus; einige Flecken sind mehr hell, andere cyanotisch.

1. April folgende Krankheitserscheinungen:

An der Gesichtshaut ist die Schwellung geringer, die Auflagerung von glänzend weissen Schuppen besonders an den behaarten Stellen und Ohrmuscheln ganz beträchtlich. Da, wo die Schuppen abgestossen sind,

erscheint die Haut blassroth ödematös. An der ganzen Brustwand, dem Nacken, Rücken bis zu den Nates finden sich kleienförmige bis linsengrosse Schuppen, die Haut selbst erscheint bläulichroth gefärbt und geschwellt. Die Temperatur nicht erhöht. An der Innenfläche der oberen Extremitäten ist die Haut mit breiten Schuppenlamellen bedeckt, an der Bauchfläche dunkelroth, an der Handfläche haben sich die Schuppen abgelöst und erscheint die Haut dunkelroth, nicht infiltrirt. An den unteren Extremitäten erscheint die Haut bläulichroth, cyanotisch gefärbt, in Form von Streifen mit hämorrhagischen Knötchen durchsetzt. Am Fussrücken löst sich die Epidermis ab, an den Oberschenkeln dagegen findet eine Zerklüftung derselben statt. Der Vortragende bemerkt: Es handelt sich in diesem Falle, sich zu entscheiden zwischen Psoriasis vulgaris diffusa, Lichen ruber acuminatus, Pityriasis pilaris, Pityriasis rubra und Erythema toxic. Von Psoriasis ist sofort abzusehen, da höchstens die Schuppenbildung, keineswegs aber der Verlauf an eine derartige Krankheit erinnert. Abgesehen davon, dass solche diffuse Formen von Psoriasis erst auftreten, nachdem die Psoriasis in anderer Form schon seit Jahren vorher bestanden hat, und selbst beträchtliche Verdickung des Integumentes zur Folge habe. Für Lichen ruber würde allerdings die Knötchenbildung sprechen, nachdem jedoch dieselben hier ephemer erscheinen, rasch abfallen, und da,-wo sie gruppirt sind, mit einer gemeinsamen dünnen Schuppe sich bedecken, nach deren Abfallen die Haut keine Infiltration zeigte, so kann derselbe sofort ausgeschlossen werden. Für „Pityriasis pilaris" — nach den Schilderungen von Devergie, Besnier und Anderen würden allerdings manche Symptome der Krankheit für diese Diagnose sprechen, doch sind gerade der ephemere Bestand der Knötchen in unserem Falle und der acute Verlauf derselben, gleichsam die dichten Schuppenmassen, während bei Pityriasis pilaris dünne Lamellen vorliegen und die Knötchen einige Zeit ganz abgeblasst bleiben, welche diese Diagnose nicht adoptiren lassen, abgesehen davon, dass die Acten über diesen Krankheitsprocess nicht völlig abgeschlossen sind. Wir würden somit bei den letzten zwei Processen angelangt sein, bei der Pityriasis rubra und bei Erythema toxicum. Die diffuse Röthung, Schwellung, Schuppenbildung, würde gegen Pityriasis rubra nicht sprechen, ebenso das Auftreten an den Gelenks beugen, die Temperatur, die Anfangs erhöht war, wohl aber die Acuität des ganzen Processes, die membranöse Ablösung der Epidermis, die Färbung der Haut, welche bei Pityriasis rubra Anfangs bei erhöhter Temperatur bald hell, bald aber bläulichroth ist. Weiters spricht dagegen das Fehlen der Haut. Wir wären somit bei Erythema toxicum angelangt, womit jedoch keineswegs eine Diagnose festgesetzt ist, nachdem diese Hautaffection erst in den letzten Jahren Gegenstand genauer Beobachtung geworden ist. Bekanntlich rufen zahlreiche Medicamente, welche dem Magen einverleibt werden, verschiedene Exantheme hervor. Die meisten sind zur Genüge bekannt. Weniger die Exantheme, welche durch den Gebrauch des Chloralhydrats, des Antipyrins und namentlich des Chinin hervorgerufen werden.

Das Chloralhydrat ruft namentlich an der Gesichtshaut bisweilen hirsekerngrosse Knötchen mit hämorrhagischer Basis hervor, welche mit dem Knötchenstadium des variolen Processes Aehnlichkeit haben, das Antipyrin acute ödematöse Schwellung des Genitale mit gleichzeitiger Bläschenbildung an den Fingern.

Am interessantesten sind die Erscheinungen, welche das Chinin hervorruft. Auf diese hat zuerst Köbner aufmerksam gemacht. Dieselben verdienen besondere Aufmerksamkeit, weil Verwechslungen mit Scarlatina gemacht werden.

Doch der Verlauf, die Abschuppung, welche mindestens 6 Wochen in Anspruch nimmt, Mangel der fieberhaften Erscheinungen, Fehlen der Schleimhautaffection des Halses, werden die Diagnose bald ermöglichen. In diesem Falle muss von einem Chininexanthem ganz abgesehen werden, ebenso vom Gebrauch eines anderen Medicamentes, und wir stehen hier vor einem Räthsel, wie bezüglich mancher anderer Erythemfälle. Vielleicht ist hier die Krankheit durch die gleiche Ursache bedingt, wie die verschiedenen Erytheme, welche im Verlaufe von mykotischen Processen, wie wir dies bei aphthösen Processen bereits beobachtet, auftreten sahen.

Herr Hebra hält ebenfalls diesen Fall für Erythema toxicum und die Folge einer allgemeinen Vergiftung, auch wenn nicht gerade ein Medicament als Ursache der Affection nachweisbar wäre. Er hebt hervor die entzündlichen und hämorrhagischen Erscheinungen und erwähnt aus seiner Beobachtung von Urticaria mit Hämorrhagien.

Herr Paschkis interpellirt nach dem Harnbefunde respective ob keine Ausscheidung von aromatischen Körpern nachzuweisen sei, ob es sich nicht um Ptomainevergiftung handle.

Herr Neumann gibt an, dass bis jetzt im Harne nichts Dergleichen nachgewiesen wurde. Es seien verschiedene Medicamente im Stande, sehr verschiedene Exantheme hervorzurufen, so z. B. ist bei einem Manne nach Gebrauch von Antipyrin ein Scrotumödem aufgetreten.

Herr Kaposi hat diesen sehr interessanten Fall durch die Freundlichkeit des Collegen Neumann gesehen und sofort Erythema toxicum diagnosticirt. Es ist wichtig — ohne Rücksicht auf die mannigfaltigen ursächlichen Möglichkeiten — die klinischen Charaktere des Erythems festzuhalten, dann wird man auch in excessiven oder exceptionellen Formen sich orientiren: acute, fluxionäre, hyperämische Röthung, der alsbald cyanotische Färbung in Folge von Parese der feinsten und Capillargefässe folgt, und Anordnungsweise dieser Erscheinungen, welche ein acutes Fortschreiten von einzelnen Centren zur Peripherie erkennen lassen, daher blaue, blaubraune Färbung im Centrum, lebhafte, acute Röthung an der Peripherie. Alle anderen Symptome sind Ausdruck der Intensität des Processes, besonders der geringeren oder grösseren Permeabilität der Gefässwandung für Serum und Blut. Ist die letztere mässig, so hat man eben nur die besprochenen Färbungserscheinungen vor sich, allenfalls länger persistirende Blau- und Braunfärbung, wenn der alterirte Gefässtonus sich langsam retablirt.

Bei intensiver Reizung tritt seröse Durchtränkung des Epidermislagers und Abhebung desselben in Form von Schuppen und selbst mächtigen Schuppenlagern auf — Desquamatio siliquosa — oder grössere Serumansammlung und dann Blasenbildung — Erythema bullosum. Im paretischen Stadium kommt es da auch zum Austritt von rothen Blutkörperchen, hämorrhagischen Punkten und Streifen, namentlich an den abhängigen Körperstellen.

Zweifellos haben gewisse Schädlichkeiten und bei gewissen Hautorganen, die Eigenschaft das Eine oder das Andere der genannten Symptome vorwaltender hervorzurufen. So kann schon das calorische Erythem, z. B. Erythema solare. einmal Röthung, Cyanose mit glatt bleibender Haut, das andere Mal mit kleiiger oder siliquoser Abschuppung, noch ein ander Mal Erythema bullosum und haemorrhagicum veranlassen. Dasselbe ist der Fall rücksichtlich der von aussen einwirkenden chemischen Reize, von Seite des Chrysarobin, Pyrogallol, Naphtol, Mezereum, Canthariden und Andere. Seit Köbner über das Chininexanthem Mittheilung gemacht, hat man eine ganze Reihe von Arzneistoffen kennen gelernt, deren innerlicher Gebrauch Erytheme hervorzurufen pflegt. Die seither sogenannten

Arzneiexantheme nebst Chinin, Opium, Antipyrin, Antifebrin, Chloralhydrat, von den längst bekannten Balsamicis, Jod, Brom, abgesehen etc., und es mag von Tag auf Tag ein neues solches sich ergeben. Alle die von solchen veranlassten Exantheme haben den klinischen Charakter der Erytheme, wobei alle möglichen morphologischen und Intensitätsformen erscheinen können. Knötchen, Urticaria, Bläschen, Blasen, Petechien etc. neben den typischen Erythemformen. Manche Formen entsprechen aber doch häufiger gewissen Arzneien. So ist das Antipyrin-Exanthem meist mehr morbillenähnlich, das des Chinin mehr scharlachgleich, freilich doch von Scharlach zu unterscheiden, da bei letzteren die Röthe aus Pünktchen sich zusammensetzt und von der Halskieferfurche beginnt, das Gesicht freilässt, bei Chininexanthem eine diffuse, wie ergossene Tinte sich darstellende Röthe vorliegt, die bei universeller Verbreitung das Gesicht mitbetrifft. In letzterem Falle kann es der Purpura variolosa gleichen. In dem einen von Neumann erwähnten Falle war das Exanthem universell, hohes Fieber, Desquamatio siliquosa vorhanden, und konnte doch auf Chinin als Ursache bestanden werden, das nach Durchsicht der Recepte, als Klysma verabreicht sich ergab. Kaposi beschreibt ferners Fälle, in welchen schon nach 2—3 Stunden auf eine Chinindosis von 0·5—0·1 Gr. intensive Schwellung der Extremitäten nebst schwarzbrauner Färbung an Stelle des Erythems sich fand. Andere Personen bekommen regelmässig und stets an derselben Körperstelle eine oder wenige kaum thalergrosse Erythemflecke. Gar nicht selten macht ein Arzneiexanthem einen neuen Ausbruch vor vollständigem Ablauf der ersten. Das kann bei einem kindlichen Organismus den Tod herbeiführen, da ein solcher einen zweimaligen totalen Epidermisverlust (Eiweissverlust und Temperaturabgabe) nicht leicht ungefährdet übersteht. Wenn also ein Kind schon Disposition für Arzneiexanthem gezeigt hat, darf man nicht leichthin ihm wieder ein Medicament reichen, das ein solches hervorzurufen vermag. Das recidivirende Exanthem scheint auf Autoinfection zu beruhen.

Dies führt Kaposi darauf, hervorzuheben, dass es localbleibende, oder auch universell werdende Erytheme gibt, die zweifellose Autoinfection zur Grundlage haben, von Seite im Organismus abgekapselter Exsudate der Eiterherde, wie retrouterinalen Herden, von pleuritischen Exsudaten, wovon er früher hier mehrere Beispiele und zuletzt einen Fall in Paris gesehen hat.

Welche specielle Ursache des universellen Erythems bei dem vorgestellten Neumann'schen Patienten vorliege, vermag er nicht anzugeben.

Herr Mraček beobachtete bei einer kräftigen Patientin Oedem der Augenlider und Erythem, welches sich ohne Fieber mit nachträglicher Desquamation über den ganzen Körper ausbreitete; bei der Untersuchung wurde Blennorrhöe als Ursache nachgewiesen. Die Patientin machte zum zweiten Male später diese Affection durch.

Herr Kaposi hebt hervor, dass schon von Lewin die Erytheme bei Genitalerkrankungen besonders (bei Blennorrhöe) beschrieben wurden und hat auch selbst solche Fälle beobachtet.

Herr Kaposi: Die Mitbetheiligung der Mund- und Rachenschleimhaut ist allgemein bekannt.

Herr Finger bezeichnet die Erytheme bei Pneumonien für recht ominös und erwähnt eines Falles, den er im Laboratorium des Herrn Prof. Weichselbaum untersucht hatte. Bei Diphtheritis des Magens ist ein Knötchen und Bläschenerythem aufgetreten und im Inhalte der Bläschen konnte man Streptococcen nachweisen. Er spricht weiter die Vermuthung aus, dass Streptococcen sowie Ptomaine die Ursache des Erythems sein können.

Herr Hebra erwähnt eines älteren Falles aus der Literatur, wo nach dem Setzen von Blutegeln ad anum Erythem aufgetreten ist. Auch nach Injection von Cuprum sulfuricum war es der Fall. Viele Substanzen können dieselbe Erythemform, andere gleiche dagegen verschiedene Formen verursachen. Am Ende plaidirt er für den Gebrauch der Auspitz'schen Bezeichnung, „Erythrantheme" zur Bezeichnung der Affection, obgleich er zugibt, dass dies auch nicht zur Aufklärung beitragen werde.

Ehrmann beobachtete Erytheme bei Strictur des Magens und bei zwei Uteruscarcinomen.

Neumann hebt hervor, es unterliege keinem Zweifel, dass manche Erytheme durch Mikroorganismen verursacht werden, und führt drei Fälle aus eigener Praxis an.

Herr Horovitz demonstrirt drei Präparate, die den Verlauf des Lymphgefässes des Vas deferens ersichtlich machen. Indem diese von Herrn Horovitz und Zeissl gemachte Arbeit demnächst im Archive für Dermatologie erscheinen wird, gehen wir nicht auf die näheren Details derselben ein.

Kaposi stellt zwei Fälle von **Xeroderma pigmentosum** vor.

Der eine Fall betrifft den 25 Jahre alten, aus Unter-Dubnau in Mähren gebürtigen Franz Novaček. Patient besitzt 9 Geschwister, von denen eines angeblich mit Pigmentationen behaftet ist. Er selbst ist bereits mit multipler Carcinomatosis des Gesichtes complicirt. Die Nase ist sammt dem knöchernen Nasendache schon vor 2 Jahren durch Carcinom zerstört und an der Klinik Billroth vor 2 Jahren durch Plastik von der Stirnhaut verdeckt worden, gegenwärtig aber neuerdings durch ein die Nasenwurzel in toto einnehmendes, papillomatöses Carcinom ersetzt. Ausserdem befinden sich noch 10—15 stecknadelkopf- bis bohnengrosse Krebsknoten zerstreut im Bereiche des Gesichtes.

Ausser dem Bereiche des Gesichtes, der Arme und Hände zeigt der Patient über den ganzen Stamm und Nates dicht gesäte Sommersprossen und dunklere Linsenflecke. Kaposi lenkt die Aufmerksamkeit auf diesen Umstand, um darzuthun, dass 1. die von Manchen geltend gemachte Veranlassung des Xeroderma pigmentosum durch Insolation ganz grundlos ist, da ja hier Körpertheile betroffen sind, die niemals der Sonne dauernd oder überhaupt ausgesetzt werden, dass 2. in einer solchen Annahme ein Widerspruch liegt mit dem Principe, dass es sich bei dieser Krankheit, soweit Pigmentflecke ihre Grundlage bilden, um angeborene Bildungen handelt, die Alle vom Sonneneinfluss unabhängig sind, dass 3. die Insolation überhaupt nicht solche fleckige Pigmentationen veranlasst, und 4. dass bereits Hebra durch seine Abbildungen von Epheliden ad nates und am Penis solche Ansichten widerlegt hat.

Der zweite Fall betrifft die 14jährige aus Hombock in Mähren gebürtige Tischlerstochter, Namens Drechsler Julie. Dieselbe leidet schon seit ihrem zweiten Lebensjahre an diesem Uebel. Patientin hat keine Geschwister.

Besonders lehrreich ist hier der geringe Grad der Affection, so dass die Diagnose nicht gerade leicht fällt. Man möchte glauben, ein Eczema squamosum vor sich zu haben. Die Krankheit verräth sich jedoch bei aufmerksamer Betrachtung durch die Anwesenheit von linsengrossen, auch kleineren und (im Gesichte) zum Theile grösseren weiss glänzenden, flachen Einsenkungen — atrophischen Narben — mitten in der theils rothen und schuppenden, theils von Teleangiektasien durchgezogenen Area.

Indem hier die Atrophien so ausgeprägt sind, charakterisirt sich eben der Process als Xeroderma pigmentosum. Denn Kaposi hat eben

in dem Atrophisirungs-Vorgange das Wesen der Krankheit ursprünglich gesehen, als er diese als eigener Art auffasste, während die Teleangiektasien und Carcinombildung durch jene Consecutio bedingt sind. Ein Kranker, wie er deren viele kennt, mag noch so dicht gedrängte Epheliden und Lentigines besitzen, braucht aber das ganze Leben kein Xeroderma zu bekommen.

Schliesslich möchte Kaposi auf Grund seiner ursprünglichen Annahme, die wesentlich bis heute von allen Beobachtern getheilt wird, und vielleicht auch nicht mit Unrecht unter Hinweis auf das moralische Recht der Priorität dafür plaidiren, dass der von ihm dem Uebel gegebene Name „Xeroderma pigmentosum" von den Autoren auch beibehalten und nicht durch andere ersetzt werde, die das Anrecht des ersten Autors zurückdrängen, ohne einen besseren Werth zu besitzen.

Herr Kaposi stellt schliesslich einen für die Versammlung, wie es schien, ein Novum darstellenden Fall vor, von scheinbar universellem Eczem, den er als Beispiel von Vorstufe zu seiner Lymphodermia perniciosa oder gar der Mycosis fungoides demonstrirte.

Die Patientin ist eine 54 Jahre alte Frau. Ihr Uebel hat vor vier Monaten begonnen. Die Haut in toto ist gleichmässig roth und feinkleiig schuppend. Man könnte mehr noch als an Eczem an Pityriasis rubra Hebra denken. Allein es fällt zunächst auf, dass die Haut zugleich roth und glänzend ist, was auf grosse Spannung schliessen lässt. Beim Abtragen fühlt man die Haut in toto verdickt. Das Corium lässt sich vom Unterhautzellgewebe nicht abgrenzen, doch ist keine Impressionsgrube, wie bei Oedem zu erzeugen. Stirne und Hals besonders zeigen mächtige Falten und Furchen (leontiastisches Aussehen), dabei der Druck, das Ergreifen von Falten höchst schmerzhaft, spontan auch enorme Schmerzen zwischen den Schultern, und allgemeines intensives Jucken — Schlaflosigkeit — kein Fieber. Harn, innere Organe normal. Im Blute Vermehrung der weissen Blutkörperchen. (Der Fall wird Gegenstand einer späteren Publication sein.

Kaposi erwähnt nun, dass er einen ganz analogen Fall bei einer 40jährigen Lehrerin zur Zeit, da er seine „Lymphodermia perniciosa" beobachtete, binnen wenigen Monaten letal enden sah, ohne dass es zu Milztumor gekommen wäre. Es war nur an einem Arm jauchige Zellgewebsnekrose erfolgt.

Der Vortragende hat aber seinerzeit die Meinung ausgesprochen, dass vielleicht zwischen den Eczemformen, die zu Mykosis fungoides führen, und denen, die später Pseudoleucaemia oder Leucaemia cutis darstellen (Leucodermia), Verwandtschaft durch Beobachtung von Uebergangs- und Zwischenformen sich ergeben könnte.

In dieser Beziehung ist nun lehrreich, dass gleichzeitig mit der vorgestellten Spitalskranken eine 72 Jahre alte Frau sich in seiner Privatclientel vorstellte, am Stamme und den Oberextremitäten absolut gleich beschaffen war, wie jene. Es war geradezu frappirend, wie ähnlich beide Krankheitsbilder waren. Diese Frau hatte aber am Abdomen zahlreiche erbsen- bis bohnengrosse Mycosis-fungoides-Knoten, und über der Symphyse einen flachhandgrossen, mit gekrämptem Rande versehenen exulcerirten Knoten.

Heute hat er sie besucht und zahlreiche neue Knoten an den Genitalien gefunden.

(Diese Patientin ist während der Ausfertigung dieses Berichtes Mitte April gestorben.)

Buchanzeigen und Besprechungen.

P. Tommasoli und P. G. Unna, **Neue Studien über Syphilide.** Dermatologische Studien, 2. Reihe, 3. Heft. Hamburg 1890.

Besprochen von Dr. J. Jadassohn in Breslau.

1. Ueber tertiäre Syphilide. Von P. Tommasoli.

Die Arbeit Tommasoli's über die tertiären Syphilide macht, wie der Verfasser selbst hervorhebt, nicht den Anspruch, eine Monographie über dieses umfangreiche Thema zu sein; sie will nur vom historischen, wie vom klinischen und histologischen Standpunkte aus in die vielfach verworrenen Anschauungen neue und leitende Gesichtspunkte einführen und dadurch vor Allem die Classification der tertiären Syphilide auf eine besser als bisher fundirte Grundlage stellen.

Mit Recht hebt Tommasoli die mannigfachen Differenzen hervor, welche sich in den Lehrbüchern gerade in Bezug auf die Nomenclatur und die Eintheilung der Späterscheinungen der Syphilis finden; aber trotz der Reichlichkeit der verschiedensten Darstellungen hat er kein System gefunden, welches seinen Anschauungen ganz entspricht, und er sieht sich darum vor die Nothwendigkeit gestellt, zu einer „gründlichen Reform" zu schreiten, und die „klinischen Ergebnisse" mit denen einer „genauen anatomisch-pathologischen Beobachtung" in Einklang zu bringen.

Das Resultat dieser Reformbestrebungen ist, dass Tommasoli im Ganzen vier Formen tertiärer Syphilide aufstellt und zwar:

1. Tuberöse, knotige Syphilide (= den „tertiären Papeln" Lesser's, den trockenen Tuberkeln Fournier's etc.) mit drei Unterabtheilungen: a) rein tuberöse, b) tubero-serpiginöse, c) tubero-vegetirende Syphilide.

2. Gummöse Syphilide der eigentlichen Cutis, in der tiefsten Hautschicht entstehend, den „ulcerirenden Knötchen" der Haut gleichend, als „abscessartige" und als „miliare Gummen" auftretend.

3. Gummöse Syphilide des Unterhautzellgewebes („subcutane oder hypodermische Gummen").

4. Ulceröse Syphilide (Ekthyma, Rupia), die Tommasoli „pyogene" oder „septische" zu nennen vorschlägt — und unter denen er nur diejenigen verstanden wissen will, welche „weder auf Tubera, noch auf Gummen aufsitzen", und welche das Resultat der Wirkung pyogener Mikroorganismen auf einem durch die Syphilis vorbereiteten Boden sind.

Wenn man diese Eintheilung vom klinischen Standpunkte aus betrachtet, wird man sie zunächst für nicht besonders revolutionär halten. Denn schon immer hat man die sogenannten tuberösen Formen von den typischen Gummen gesondert und hat auch den vorzugsweise ulcerösen Formen eine etwas eigenartige Stellung zuerkannt.

Jede Classification hat nur dann einen mehr als rein praktischen Werth, wenn ihr ein neues Princip, eine originelle Auffassungsweise des pathologischen Geschehens zu Grunde liegt — und sie hat diese allgemeinere Bedeutung naturgemäss auch in diesem Falle nur, wenn die neuen Anschauungen mit anerkannten oder neu entdeckten und zweifellos richtigen Thatsachen in Uebereinstimmung stehen. Auf dem Gebiete der Syphilide ist dieser Satz um so weniger anzuzweifeln, als bei den mannigfachen Uebergängen, welche anerkanntermassen die verschiedenen Formen mit einander verbinden, von vornherein jedem Classificationsversuch gleichsam der Stempel der Subjectivität aufgedrückt ist; nur die Combination einer Anzahl von Eigenschaften bedingt die klinische Eigenart einer Efflorescenz oder eines Exanthems — und da diese Eigenschaften einzeln (und nicht alle zugleich) variiren, so kommt es in der That bei jeder Eintheilung auf die Bedeutung an, welche der Beobachter jeder einzelnen solchen Eigenschaft beimisst.

Zwei Principien sind es vorwiegend, welche Tommasoli seiner neuen Eintheilung zu Grunde gelegt hat: „1. Der histologische Process der tuberösen Syphilide ist von dem des gummösen streng geschieden, es gibt also eine tertiäre Form der Hautsyphilis, welche nicht gummös ist".

„2. Der eigentliche ulceröse Process, und zwar sowohl der zu

„anderen Formen (Tubera) hinzukommende, als auch der primär als „solcher auftretende ist die Folge pyogener Infection.“

Den ersten dieser beiden Sätze versucht Tommasoli auf seine klinischen und histologischen Untersuchungen zu stützen. Er schliesst aus seinen Präparaten, dass es sich bei der Syphilis tuberosa „nicht blos um einen Entzündungsprocess, sondern vielleicht in erster Reihe um einen neoplastischen Process“ handelt, und zwar, weil er in ihnen im Gegensatz zum eigentlichen Gumma sehr reichlich epitheloide Zellen gefunden hat, und er meint, dass dieser Unterschied fast allein hinreicht, um alle Differenzen dieser beiden Formen aufzuklären; ihm gegenüber treten die anderen von ihm aufgestellten Differenzen: der verschiedene Ausgangspunkt, die Art der Ausbreitung der Infiltration, die Dichtigkeit der Anhäufung der Zellelemente zurück — sie sind, wie auf den ersten Blick ersichtlich, von unerheblicher Art.

Die eigentliche, die histologische Differenz aber, auf die Tommasoli ein so wesentliches Gewicht legt, bedarf einer etwas ausführlicheren Darlegung; denn sie ganz besonders hat ihn dazu veranlasst, dem tuberösen Syphilid eine besondere Stellung — ausserhalb des Gebietes der eigentlichen gummösen Producte — anzuweisen.

Der Name „gummös“ ist hergenommen von der auffallendsten makroskopischen Eigenschaft der spätsyphilitischen Neubildung, von ihrer Erweichung; aber es würde dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft nicht mehr entsprechen, wenn man diese eine Eigenschaft als das einzig massgebende Moment in der Definition des Gummiknotens bezeichnen wollte. Man käme dann z. B. dazu, ein solches Gebilde, wenn es, bevor die Erweichung eintritt, durch therapeutische Massnahmen zur Resorption gebracht wird, nicht mehr als Gumma diagnosticiren zu dürfen. Die gummöse Erweichung ist nur eine — für spätsyphilitische Producte ebenso charakteristische — Degenerationsform, wie die Verkäsung für den Tuberkel; mit demselben Recht, mit dem die Benennung des Gumma nach dieser Degenerationsform erfolgt ist, hätte man den Tuberkel nach seiner Verkäsung benennen dürfen. Nicht jeder Tuberkel aber verkäst — der des Lupus bekanntlich sehr selten — und trotzdem fassen wir alle Tuberkel (mit oder ohne Verkäsung) nach der Summe der ihnen eigenthümlichen Characteristica zusammen.

Die anderen Characteristica des Gumma unterscheiden nach

unseren bisherigen Kenntnissen dasselbe wenig von anderen Granulationsgeschwülsten — von denen es aber durch die Aetiologie genügend getrennt ist. Viel wesentlicher erscheint es darum, dasselbe von den Früheffloreseenzen der Syphilis abzugrenzen; histologische Kriterien, die nach dieser Richtung mit Sicherheit zu verwerthen sind, besitzen wir noch nicht — das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal ist daher noch immer die Eigenschaft, welche Fournier als „resolutiv" bezeichnet; die Frühsyphilide involviren sich in der Regel, ohne eine Spur ihres Daseins zurückzulassen, die Spätsyphilide hinterlassen — im Allgemeinen — Narben, auch wenn sie nicht ulcerirt sind.

Von diesem Gesichtspunkte aus gehören die tuberösen Syphilide zum Gumma — denn Tommasoli selbst sagt, dass nach ihrem Verschwinden „häufiger" eine leichte narbige Einziehung zurückbleibt; dies ist auch der Grund, warum Fournier sie lieber als atrophisch, denn als resolutiv bezeichnen möchte.[1])

Die Bedeutung der histologischen, von Tommasoli hervorgehobenen Differenzpunkte verschwindet, wenn man das von ihm selbst herangezogene Beispiel der Tuberculose festhält. Vorerst ist hier zu bemerken, dass es der heutigen Lehre von der Entzündung nicht mehr entspricht, wenn man die Vorgänge an den fixen Bindegewebszellen, welche zur Bildung epitheloider Zellen führen, in einen Gegensatz zur eigentlichen Entzündung stellt und als neoplastisch bezeichnet. Denn der Cohnheim'sche Standpunkt, welcher die Extravasation der Leukocyten noch als das einzig Wesentliche der Entzündung auffasste, ist durch eine grosse Anzahl neuerer Untersuchungen — und nicht in letzter Linie auch durch die Baumgarten's — als unrichtig erkannt worden; und wir müssen nunmehr Propagation der fixen Zellen und Auswanderung der weissen Blutkörperchen als mindestens coordinirte Factoren der Entzündung auffassen.

Wäre Tommasoli weiter eingedrungen in die ausserordentlich fruchtbringenden Tuberculose-Arbeiten Baumgarten's, so hätte er ersehen, dass auch bei der Tuberculose zwei Formen: der Epitheloid- und der Lymphzellentuberkel vorkommen, dass sie aber nur ver-

---

[1]) Fournier, Leçons sur la Syphilis tertiaire, faites à l'hôpital de Lourcine, recueillies par Ch. Porak, pag. 34.

schiedene Stadien desselben Processes darstellen, und es wäre ihm dann ein folgenschwerer Mangel seines Materials aufgefallen: er hat nicht Gelegenheit gehabt, die Anfangsstadien eines Gummas zu untersuchen; vielleicht wären ihm dann die Differenzen des (syphilitischen) Tuberkels und des Gummas weniger bedeutungsvoll erschienen. Vielleicht auch hätte Tommasoli, wenn er alle Stadien des nicht ulcerirenden, aber mit Narbe abheilenden Tuberkels mikroskopisch durchforscht hätte, die makroskopisch fehlende Gummibildung unter dem Mikroskop constatiren können.

Ich kann an dieser Stelle auf diese Erörterungen, auf welche ich an anderem Orte zurückzukommen hoffe, nicht weiter eingehen.

Wenn wir also zugeben müssen, dass die histologischen Differenzen bisher nicht zur vollkommenen Scheidung des „Tuberkels" vom Gummiknoten ausreichen, und wenn wir weiter nur noch einmal kurz betonen, dass uns Differenzen in der Localisation und in der Ausbreitung nicht ausreichend erscheinen, um eine wirklich neue Species aufzustellen, so bleibt wesentlich noch zweierlei übrig, was Tommasoli hervorhebt: die Differenzen in der Art 1. der Exulceration und 2. der Ausbreitung beim tuberösen und beim gummösen Syphilid.

Bezüglich der ersteren meint Tommasoli, dass in den Tubera kein Ulcerationsprocess nach aussen hin vorkommen kann ohne das Hinzutreten eines von aussen angeregten Eiterungsprocesses. Ich glaube, zu dieser Anschauung ist der Verfasser nur gelangt, weil er die höchsten Entwicklungsstufen des tubero-serpiginösen Syphilids nicht untersucht hat — er hat blos „Schuppenkrusten" gefunden; das klinische Bild des mit Recht sogenannten tubero-serpigino-ulcerösen Syphilids lehrt, dass es hierbei zu einem tiefen Zerfall des Tumorwalles kommt; es liegt unseres Erachtens kein Grund vor, diesen Zerfall als einen von dem gummösen verschiedenen anzusehen, und gerade die Regelmässigkeit, mit der immer wieder der neugebildete erhabene Rand zerstört wird, während die Infiltration peripher weiterschreitet, scheint es uns im höchsten Grade unwahrscheinlich zu machen, dass es sich hier um die zufällige Einwirkung pyogener Mikroorganismen handelt. Dass der Process auch vorher Halt machen kann, dass es blos zur Bildung einer oberflächlichen Borke zu kommen braucht, ist selbstverständlich — es gibt eben alle Formen von Uebergängen von dem einfachen tuberösen bis zu dem serpiginoulcerösen Syphilid, bis zu dem charakteristischen nierenförmigen Ge-

schwür. Gerade weil alle diese Uebergänge bestehen, und weil wir das scharfgeschnittene bandförmige, serpiginöse Ulcus als auf derselben Grundlage entstanden ansehen, als das „wie mit dem Locheisen ausgeschnittene" s. s. gummöse — gerade darum können wir die von Tommasoli gewählte Sonderstellung der tuberösen Formen nicht gutheissen.

Bezüglich der Art der Ausbreitung steht Tommasoli auf dem Standpunkte Unna's, dass die serpiginöse Beschaffenheit nicht von der Syphilis selbst, sondern von einer „Mischinfection" mit seborrhoischem Eczem abhängt — er gesteht selbst, dass er diese Anschauung nicht beweisen könne, aber er glaubt, sie stände mit den Thatsachen gut in Uebereinstimmung, und er meint vor Allem feststellen zu können, „dass die Syphilis niemals serpiginöse oder circinäre Eigenschaften hat". Als Beweise für diese Behauptung gibt Tommasoli einmal die vermeintliche Thatsache, „dass circinäre und serpiginöse Syphilide nur an bestimmten Stellen sich vorfinden, oder dort, wo die Bedingungen dieser Stellen sich wiederholen" (jeder Praktiker wird dieser Behauptung entgegenstehende Erfahrungen zur Hand haben, z. B. von tubero-serpiginösen Syphiliden über weite Strecken des Rückens, der Oberschenkel etc. bei Patienten, bei denen weder von Seborrhöe, noch von Eczem, noch von seborrhoischem Eczem irgendwie die Rede ist) und dann (an dritter Stelle) die grosse Widerstandsfähigkeit dieser Form gegen specifische Behandlung — diese ist zum grössten Theile wohl darauf zurückzuführen, dass die Tubera häufig sehr lange ohne Behandlung gelassen werden, und darum naturgemäss einer längeren Therapie bedürfen, in keinem Falle ist dieses Moment für die seborrhoische Natur der serpiginösen Formen ins Feld zu führen. — Der an zweiter Stelle hier (pag. 52) angeführte Grund ist nur eine Paraphrase der Thatsache selbst.

Warum diese Efflorescenzen die Neigung haben, sich serpiginös auszubreiten, wissen wir nicht; sie theilen dieselbe bekanntlich mit sehr vielen parasitären Affectionen, und es liegt nahe, die Differenzen ihrer Art der — flächenhaften — Ausbreitung gegenüber der des Unterhautzellgewebsgumma auf die anatomischen Verhältnisse der Cutis, in der sie localisirt sind, zu beziehen.

Aus den bisherigen Erörterungen glaube ich den Schluss ziehen zu müssen, dass die tuberösen Formen der Spätsyphilis mit ihren Abarten zwar wie bisher von den anderen im engeren Sinne gummös

genannten klinisch zu sondern sind, dass aber kein Grund vorliegt, sie in der von Tommasoli gewollten Weise gänzlich von den bisher als „gummöse Syphilis“ zusammengefassten Erscheinungen abzusondern.

Bezüglich der zweiten Neuerung des Verfassers muss und kann ich mich kürzer fassen. Er gesteht selbst zu, dass seine Anschauung, die ulcerösen Syphilide beruhten immer ganz vorwiegend auf einer pyogenen Infection nicht bewiesen ist. Dass wirkliche Pustelbildung nicht als ein reines Product der Syphilis anzusehen ist, wird man gewiss zugeben. Dass eine solche aber bei all den als Ecthyma und Rupia bezeichneten Formen nur sehr selten wirklich der primäre Process ist, diese Ueberzeugung vermag auch Tommasoli durch die wenigen litterarischen Angaben nicht zu erschüttern; in der bei Weitem überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist Ecthyma und Rupia entweder „papulo-crustös“ („Ecthyma superficiale“) oder „tubero-crustös“ („E. profundum“); — auch in ihnen kann die Misch-Infection natürlich eine — freilich immer secundäre — Rolle spielen. Die primär-pustulösen Formen aber, deren Vorkommen wir nach den diesbezüglichen Bemerkungen der besten Beobachter nicht leugnen können, sind unserem Verständniss noch völlig verschlossen. Auch die Hypothese von der pyogenen Infection vermag es uns nicht plausibler zu machen, warum plötzlich diese Pusteln auf dem „syphilitischen Boden“ aufschiessen, während uns doch z. B. bei den Furunkeln der Typhus-Reconvalescenten die Atrophie der Haut und die Schwäche des Gesammt-Organismus ihr Entstehen erklärlicher erscheinen lässt; das Ecthyma aber befällt keineswegs immer besonders geschwächte Individuen.

Auf eine Anzahl anderer, weniger wichtiger Punkte, in denen Tommasoli von den meist vertretenen und auch von meinen Anschauungen abweicht, kann ich hier nicht eingehen. Ich muss mich damit begnügen, auf das Wesentlichste hingewiesen und damit begründet zu haben, warum mir die von Tommasoli gewünschte Reform auf der einen Seite (klinisch) keineswegs so durchgreifend, auf der anderen Seite (anatomisch) aber nicht so wohl begründet erscheint, wie Tommasoli meint. Zu einer Discussion der einschlägigen Fragen Anlass gegeben zu haben, ist des Verfassers Verdienst — diese Discussion glaube ich „sine ira et studio“ aufgenommen zu haben.

Varia.

63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Bremen, 15.—20. September 1890.

Section für Dermatologie und Syphilis.

Sitzungssaal: Gymnasium, 1 Tr., Nr. 54.
Einführender Vorsitzender: Dr. med. Runge, Wall 182.
Schriftführer: Dr. med. Seyffert, Nordstrasse 65.

Angemeldete Vorträge:

1. Hofrath Dr. med. Veiel (Cannstadt): Thema vorbehalten. — 2. Dr. med. G. Letzel (München): Ueber die Häufigkeit der Betheiligung der Urethra post. am gonorrhoischen Erkrankungsprocesse nebst einigen Mittheilungen über neue Behandlungsmethoden derselben.— 3. Dr. med. Unna (Hamburg): Thema vorbehalten. — 4. Dr. med. Lassar (Berlin): Thema vorbehalten. — 5. Prof. Dr. Zuelzer (Berlin): Thema vorbehalten. — 6. Dr. E. Senger (Krefeld): Excision der Initialsklerose und deren Technik und Erfolge. — 7. Dr. O. Rosenthal (Berlin): Thema vorbehalten.

Wir empfehlen den Herren Collegen die nachfolgende Notiz zur gefälligen Beachtung. Die Redaction.

Zur Errichtung eines Monumentes für Ricord im Hôpital du midi, an der Stätte der ruhmreichen Thätigkeit dieses Gründers der wissenschaftlichen Syphilidologie, ist in Paris ein Comité hervorragender Kliniker, an deren Spitze Fournier, zusammengetreten. Dasselbe wendet sich hiemit an die Fachcollegen mit der Einladung, ihrerseits durch Beiträge das geplante Werk zu fördern und damit auch die gerechte Hoffnung erfüllen zu helfen, dass, wie das Wirken Ricord's, so auch die seinem Andenken zugedachte Ehrenbezeugung einen internationalen Charakter gewinne.

Beiträge werden von Dr. A. Pignot, 93, Rue de Seine, Paris und von dem Gefertigten entgegen genommen.

Wien, Juni 1890.

Prof. Kaposi.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 122490

Originalabhandlungen.

Die venerischen Krankheiten in den Armeen.

Von

Dr. Robert Ritter von Töply,

k. und k. Regimentsarzt, Gardearzt Seiner Majestät Erster Arcieren-Leibgarde in Wien.

II. Theil.

Rückwirkung und Eindämmung der venerischen Krankheiten.

Rückwirkung der venerischen Krankheiten.

Die Folgen des hohen Procentsatzes venerischer Erkrankungen in den Berufsarmeen äussern sich in verschiedener Beziehung. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Heere dadurch ganz ausserordentliche Verluste erleiden, Verluste physischer, moralischer, pecuniärer und materieller Kraft. Wir werden dieselben der Reihe nach besprechen, ohne uns in das, was als geläufig angesehen werden darf, näher einzulassen. Da wir uns jedoch der Aufgabe nicht verschliessen wollen, die gesammten Verluste sowohl ihrer allgemeinen Natur nach zu schildern, als auch bemüht sein werden, sie zu berechnen und zu bewerthen, werden wir auf Schwierigkeiten stossen, welche darin gipfeln, dass wir einmal gezwungen sein werden, allgemeine Annahmen auf besondere Fälle anzuwenden, das andere Mal specielle Ergebnisse auf allgemeine Verhältnisse auszudehnen. Wir werden dadurch zu Resultaten gelangen, denen anscheinend der logische Grund abgeht, und welche dennoch ihre Berechtigung nachweisen können. Man wird um so geneigter sein, sie als unwahrscheinlich zurückzuweisen, weil sie durch die Wucht ungeahnter Zahlen auffallen.

Dennoch wird man an deren Möglichkeit nicht zweifeln dürfen und schliesslich zur Einsicht gelangen, dass der ausserordentliche Schaden, welcher unter Rückwirkung der venerischen Erkrankungen die Heere tagtäglich im Frieden und im Kriege bedroht, deren Kraft zerstört, deren Leistungsfähigkeit vermindert und deren Schlagfertigkeit in Frage stellt, auch ausserordentlicher Mittel bedarf, welche bei Zeiten dort vorbeugend eingreifen müssen, wo dereinst jegliche Remedur als verspätet und machtlos sich erweisen könnte.

Wir werden die schädliche Wirkung der venerischen Krankheiten in Gruppen zerlegen. Die eine derselben gehört dem socialethischen, andere dem hygienischen und nationalökonomischen Gebiete an. Nachdem wir diese Gruppen kennen gelernt, wollen wir den Versuch wagen, aus ihnen heraus ein Bild zu construiren, welches einen Gesammtüberblick gestattet. So werden wir durch Analyse des Gewesenen mit nachfolgender Synthese einen Blick dorthin werfen, wo die Abwehr ihre Thätigkeit anzusetzen haben wird.

1. Gruppe der schädlichen Wirkungen.

Offenbar ist die demoralisirende Wirkung der venerischen Infection, so offenbar, dass es überflüssig erscheint, über dieses Thema noch viele Worte zu verlieren. Es genüge, die Vollwichtigkeit der Thatsache auch hier anzuerkennen, dass es Autoren gibt, welche mit Recht die Extensität der venerischen Krankheiten als Massstab der sittlichen Verhältnisse eines Heeres ansehen. Es ist nur zu bedauern, dass es nicht möglich ist, die diesbezüglichen Resultate moralphilosophischer Untersuchungen in jenes graphische Gewand zu kleiden, welches hier einen hervorragenden Platz verdienen würde.

Ein weiterer Schaden persönlicher Natur fliesst aus der Thatsache, dass die Armeen nicht Jedem die Garantie für eine vollkommene Ausheilung der venerischen Affectionen bieten können. Am glimpflichsten kommt Derjenige fort, wer ein venerisches Geschwür erworben. Die vollständige Heilung desselben gilt so ziemlich als Regel. Nicht immer gelingt dies mit dem venerischen Katarrh. Die consecutiven Erscheinungen desselben (chronischer Tripper, Harnröhrenverengerung mit Folge-

zuständen) geben sich noch Jahre hindurch oder erst nach Jahren kund. Aehnliches gilt besonders von der Syphilis, welche in Generationen sich vererbt und zu einem socialen Uebel sich gestaltet. Dies ist ja bekannt und kann in jedem medicinischen Lehrbuche nachgelesen werden. Der in eine Militärheilanstalt Aufgenommene und mit einer primären syphilitischen Affection Behaftete, kann daselbst nicht länger Aufnahme finden, als bis die Symptome (Initialsklerose) geschwunden sind. Vorderhand bietet er keinen Gegenstand der weiteren Spitalsbehandlung und muss entlassen werden, wird auch thatsächlich „nach hartem Geschwüre geheilt" entlassen. Damit ist aber keineswegs verstanden, seine Syphilis sei ebenfalls ausgeheilt. Dies ist noch längst nicht der Fall. Wir wissen, dass, wenn der Erkrankte einer noch so gründlichen Behandlung unterworfen wurde, bereits nach mehreren Monaten oft abermals Krankheitserscheinungen auftreten, welche heuzutage nicht als Recidiv im wahren Sinne des Wortes, sondern noch als Symptome der ursprünglichen Erkrankung gelten. Es tritt nun eine sogenannte Latenzperiode, oder mit Sperk zu sprechen, ein „interrecidiver Zwischenraum" ein. Die initiale Sklerose, das sogenannte „harte Geschwür" ist im Verlaufe von etwa 3 Monaten längstens zum Schwinden gebracht worden, ein etwa aufgetretener Hautausschlag (syphilitisches Exanthem) ist ebenfalls gewichen. Diätetische Vorschriften, Quecksilber und Jodkalium innerlich, das erstere auch äusserlich und unter die Haut eingespritzt, haben ihre Dienste geleistet, und trotzdem tritt nun der noch immer als krank Anzusehende in eine Periode, welche als sogenannte „condylomatöse Periode" bis 7 Jahre andauert, wo bei der geringsten Veranlassung an den Geschlechtstheilen, am After, am Munde neue Krankheitserscheinungen als Ausgangspunkt für neue Infectionen auftreten. Mit Recht treten daher Fournier, Wahl in Dorpat, Neisser für eine Behandlung ein, welche 2, 3, ja 4 Jahre in Anspruch nimmt, bevor der Betroffene als von Syphilis geheilt erklärt werden kann. Nun gibt man sich jedoch in den Armeen vollkommen zufrieden, oder eigentlich, muss sich damit begnügen, die jeweilig auftretenden Krankheitssymptome einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen, sobald sie eben auftreten. Weder im Militärspitale, noch bei der Truppe, ist die Durchführung einer Jahre währenden Behandlung thunlich.

Die ohnedies vollgepfropften Spitäler haben weder den Raum, welcher zur Aufnahme einer sich häufenden Schaar solcher Kranken nothwendig wäre, noch sind sie ihrer Bestimmung gemäss dazu geeignet. Die Anforderungen des Truppendienstes sind noch weniger danach angethan, den Soldaten einer jahrelangen, genau controlirten Behandlung zu unterziehen, und wenn dies auch möglich wäre, so wird schliesslich in der Mehrzahl der Fälle bei der Kürze der dermaligen Dienstzeit eine grosse Anzahl der Betroffenen durch Austritt aus dem stehenden Heere dem definitiven Abschlusse der Behandlung entrückt. Die Dienstzeit dauert heute zumeist 3 Jahre, oft noch kürzer. Die syphilitische Infection erfolgt in den seltensten Fällen vor dem zweiten Halbjahr der Dienstzeit, weil der Recrut Anfangs strenger gehalten, in der ersten Zeit vom socialen Verkehre mit der Bevölkerung ganz ausgeschlossen, erst später mit den Verhältnissen des socialen Verkehres vertraut, erfahrener und gewandter wird. Es erübrigen also noch 2, im besten Falle $2^1/_2$ von den erforderlichen bis 4 Jahren, und das unter der Voraussetzung, dass die syphilitische Ansteckung gleich im ersten Dienstjahr erfolgt ist. Das sind leider unvereinbare Gegensätze. In ihnen liegt ein grosser Schaden der beim Militär erworbenen Syphilis. Tausende tragen auf diese Weise die Folgen eines Fehltrittes mit hinaus ins Leben, und leiden daran zu einer Zeit, wo ihr Verband mit dem Heere längst gelöst ist, weil eine imperativ zu pflegende Ausheilung ihres Leidens unterbrochen wurde. Dadurch gestalten sich jedoch die Heere zu einem aus sich selbst sich erneuernden Herde, welcher die Aussaat der Syphilis immer und immer wieder bewirkt.

In anderer Weise macht sich der Einfluss der Syphilis auf die Heere im Kriege geltend, indem sie den Verlauf von Verletzungen ungünstig ändert. Neuester Zeit haben Düsterhoff in einer Kritik der bisher herrschenden Ansichten (Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, XXII, 1878) und Andere diese Frage behandelt. Es wurde dadurch neuerdings die alte Ansicht festgestellt, dass Verletzungen bei Syphilitischen höchst ungünstige Complicationen abgeben. Bezüglich der Details sei auf die angegebene Literatur verwiesen. Es genüge hervorzuheben, dass die Syphilis

auf Kriegsverletzungen, besonders Hieb, Stich, sowie auf Operationswunden äusserst nachtheilig wirkt, wodurch für den syphilitischen Soldaten im Kriege, nebst der Gefahr der Verwundung, die einer gefährlichen Complication derselben erwächst. Für die Armee resultirt jedoch ein längerer Ausfall ihrer nothwendigen Elemente.

2. Gruppe.

Im Weiteren soll uns das beschäftigen, was bisher nicht berührt werden konnte, nämlich der ziffermässige Nachweis des Schadens, welcher aus den venerischen Erkrankungen erwächst. Er betrifft vor Allem den Verlust an Arbeitskraft. Die Arbeitskraft eines Mannes per Tag als Einheit betrachtet, stellt einen gewissen bestimmten Werth dar. Dessen Ausfall kennzeichnet sich einmal durch den Entgang seiner physischen Leistungsfähigkeit (mechanische Arbeitsleistung) das andere Mal durch den Abbruch, welchen seine Ausbildung erleidet, die ja ein Element der Gesammtkriegstüchtigkeit des Heeres darstellt. Es wird wahrscheinlich ziemlich unwesentlich erscheinen, ob die in einem Regimente oder durch ein Regiment zu leistende Arbeit von einem Soldaten mehr oder weniger geleistet wird. Eine Fortification wird dadurch nicht wesentlich früher fertig, eine Eisenbahn nicht wesentlich besser, eine Kaserne nicht wesentlich gesünder, ob 300 oder 299 Mann dort arbeiten. Wohl aber wird ein ganzes Heer bedeutend alterirt, ob es zu einer Arbeitsleistung, z. B. zum Baue einer Befestigung, einer Eisenbahn, zur Instandhaltung von Unterkünften etc. tagtäglich um 2000 Arbeiter mehr oder weniger commandiren kann. Man wird es der Ausbildung eines Regimentes kaum anmerken, ob es um einen Maroden mehr oder weniger im Stande führt, die Kriegstüchtigkeit der Armee leidet aber wohl wesentlich darunter, wenn sich permanent in den Spitälern um 2000 Mann krank herumwälzen, welche, wenn sie gesund wären, den Friedensstand der Armee um volle zwei tüchtige Cavallerie-Regimenter vermehren könnten. Von diesem höheren Standpunkte aus betrachtet, verdienen die folgenden Daten eine ganz besondere Berücksichtigung. Sie fallen schwerwiegend in die Schale der Erwägungen über die Leistungsfähig-

keit der Armeen. Dem Gesagten zu Folge werden wir vorerst die Frage der Abwesenheit von der Truppe wegen venerischer Erkrankungen, also die Krankheitsbehandlungstage in Rechnung ziehen.

In der k. k. Armee beziffern sich die Behandlungstage für 1870 bis 1885 nach der Tabelle 58 folgendermassen:

Tabelle 58.

Jahr	Venerische Erkrankungen	Behandlung in Tagen	Behandlungstage
1870	20.574	33	678.942
1871	16.758	32	537.256
1872	14.892	33	491.436
1873	13.391	29	388.339
1874	13.473	40·8	549.698·4
1875	15.245	37	564.065
1876	16.996	38	645.848
1877	17.323	36·3	628.824·9
1878	24.424	28·5	694.084·0
1879	22.948	28·5	654.018·0
1880	19.254	33·5	645.109·0
1881	20.083	36·5	733.029·5
1882	20.508	37·7	773.151·6
1883	19.732	39·0	769.548·0
1884	19.146	38·7	740.950·2
1885	18.217	39·3	715.928·1
Summe	.	.	10.210.227·7
Mittel	.	.	638.139·231

Demgemäss beanspruchten die Venerischen im Mittel jährlich 638.139·231 Behandlungstage. Per Kopf und Tag umgerechnet, gibt dies folgendes Resultat: Durch die Venerischen hat das k. k. Heer einen Verlust erlitten, welcher gleich ist dem permanenten Arbeitsentgang von 1748 Mann, das ist aber mehr als die Stärke eines completen Cavallerie-Regimentes auf Kriegsfuss und beinahe die Stärke von 2 Regimentern auf Friedensstand.

In der k. preussischen Armee beanspruchen die venerischen Erkrankungen laut Tabelle 59 eine Behandlungsdauer von durch-

schnittlich 345.419 Tagen im Jahr. Per Kopf und Mann umgerechnet gibt dies einen permanenten Arbeitsabgang von 946·3 Mann.

Tabelle 59.

Jahr	Behandlungstage
1873/74	348.740
1874/75	318.734
1875/76	289.696
1876/77	295.305
1877/78	341.392
1878/79	392.040
1879/80	357.546
1880/81	385.828
1881/82	439.090
Summe	3,068.371
Mittel	345.419

Frankreich hatte in den Jahren 1867, 1869, 1874, 1878, 1879 in der Armee eine Anzahl von 181.996 Venerischen, durchschnittlich jährlich 36.399·2. Die Behandlungsdauer erforderte in den Jahren 1874 und 1879 25, beziehungsweise 26 Tage, im Mittel je 26 Tage. Daraus berechnen sich jährlich 946.380·2 Behandlungstage. Per Kopf und Tag umgerechnet gibt das für die französische Armee einen Abgang von 2510·5 Arbeitskräften.

Die italienische Armee hatte in den Jahren 1871 bis 1874, dann 1878 bis 1881 eine Gesammtanzahl von 128.797, jährlich im Mittel 16.098·375 venerische Erkrankungen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer eines Falles betrug im Jahre 1870 in Militärspitälern nur 20 Tage. Weitere Daten fehlen uns leider. Wir werden jedoch kaum zu hoch greifen, wenn wir in Anbetracht des Durchschnittsergebnisses bei anderen Heeren die mittlere Behandlungsdauer eines Falles mit 25 Tagen ansetzen. Daraus folgt eine jährliche Zahl von 402.459·375 Behandlungstagen und ein permanenter Abgang von 2912·18 Arbeitskräften.

Ueberblicken wir nun diesen Arbeitsabgang im Verhältniss zur Stärke der besprochenen Heere in der Tabelle 60. Obzwar wir wissen, dass der Verpflegsstand, die Iststärke und der Effectiv-

stand nicht genau übereinstimmen, haben wir sie dennoch zusammen in Rechnung gezogen, und als gleichwerthig angenommen, um einen ungefähren Ueberschlag anstellen zu können. Man darf dies umso eher thun, als bei genauer Reduction auf die Kopfzahl jene Daten nur höher ausfallen würden. Aus Tabelle 60 berechnet sich für die Armeen der 4 Grossstaaten rund ein permanenter Verlust von 6 Arbeitskräften für je 1000 Mann der Heeresstärke. Nun beträgt die gesammte Kriegsmacht von Europa etwa 12 Millionen Mann, und daraus resultirt für sie ein

Tabelle 60.

			Permanenter Arbeitsabgang
Oesterreich	Verpflegsstand	261.528	1748
Preussen	Iststärke	326.769	946
Frankreich	Effectivstand	421.522	2510
Italien	"	201.086	2912
	Summe .	1,210.905	8116

permanenter Verlust von 72.000 Menschenkräften, d. h. den europäischen Heeren entgeht durch die an venerischen Krankheiten Leidenden eine permanente Leistungskraft, welche derjenigen einer starken Armee gleichkommt. Wollten wir uns mit dem in der Statistik gebräuchlichen Ausdruck „täglich krank“ befreunden, so könnte man sich dahin ausdrücken, in den europäischen Armeen gibt es constant täglich 72.000 Mann, welche an venerischen Krankheiten leiden und undienstbar sind. Der obige Ausdruck wurde jedoch bisher vermieden und statt dessen die tägliche Kraftleistung, beziehungsweise der Entgang an Arbeitskraft in Rechnung gezogen. Letzteres ist viel logischer, weil es sich auf thatsächlich vorhandene Verhältnisse stützt und weil dafür ein mechanisches Aequivalent vorhanden ist, während die „täglich Kranken“ nur eine Fiction bedeuten.

Wenn man das correspondirende mechanische Aequivalent einer solchen Arbeitskraft berechnet, so wird man sich

erst recht des Schadens bewusst, den die venerischen Krankheiten nicht nur den Armeen, sondern dem Fortschritte der Gesammtcultur bringen. Nach Poncelet beträgt die Kraftleistung eines Mannes pro Tag:

beim Treppensteigen (durch sein Eigengewicht . . . 230.800 Kilogramm-Meter
auf einem Sprossenrad . . 259.200 „
an einer Handkurbel . . . 172.800 „

Nimmt man die durchschnittliche Kraftleistung mit rund 200.000 Kilogramm-Metern an, so repräsentirt für Europa der permanente Abgang von jenen 72.000 Arbeitskräften in Folge venerischer Erkrankungen eine Kraftleistung von

täglich 200.000 × 72.000 = 14.400,000.000,

jährlich 14.400,000.000 × 365 = 5,256.000,000.000 Kilogramm-Metern. Dies weiter auszuspinnen, überschreitet die Grenzen der Statistik als Wissenschaft. Es dürften auch im grossen Ganzen jene Zahlen eine immerhin verständliche Illustration abgeben.

Der besprochene permanente Abgang an Arbeitskraft ist abhängig 1. von der Zahl der Erkrankungen, 2. von deren Behandlungsdauer. Die folgende Zahlentabelle weist ihn detaillirt

Tabelle 61.

Permanenter Abgang von Arbeitskräften durch venerische Erkrankungen			
kgl. preussische Armee		k. k. Heer	
.	.	1870	1897
.	.	1871	1471
.	.	1872	1346
1873/74	955	1873	1063
1874/75	873	1874	1506
1875/76	793	1875	1545
1876/77	809	1876	1769
1877/78	935	1877	1722
1878/79	1074	1878	1904
1879/80	979	1879	1790
1880/81	1057	1880	1767
1881/82	1205	1881	2008
.	.	1882	2118
.	.	1883	2108
.	.	1884	2030
.	.	1885	1961

aus für die k. preussische Armee und das k. k. Heer. Man sieht daraus, sowie aus der graphischen Darstellung in Tafel 2 Folgendes: 1. Dieser Arbeitsentgang wächst in beiden Armeen von Jahr zu Jahr. 2. Er ist jedoch grösser im k. k. Heer als in der preussischen Armee. 3. Der grösste Tiefstand dieses Entgangs trat in beiden Armeen beinahe zur selben Zeit auf, im k. k. Heer im Jahre 1873, in der k. preussischen Armee im Jahre 1875.

Der pecuniäre Schaden, welcher den Armeeverwaltungen aus den venerischen Krankheiten erwächst, lässt sich in all seinen mannigfachen Einzelnheiten schwer verfolgen. Den wichtigsten Anhaltspunkt bietet die Berechnung des Mehraufwandes, welchen die Behandlung in Heilanstalten kostet. Krügkula berechnet ihn im k. k. Heere für

Garnisonsspitäler pro Kopf und Tag mit 51 kr.
Truppenspitäler „ „ „ „ „ 38 „
Marodenhäuser „ „ „ „ „ $5^1/_2$ „

Darauf fusst beistehende Tabelle (vergl. Zemanek a. a. O. S. 28), welche den Mehraufwand für die Venerischen in Militärheilanstalten in den Jahren 1876 bis 1885 ausweist. Es resultirt daraus im k. k. Heere eine jährliche Mehrausgabe von 284.000 fl. Dabei betrug der Mehraufwand pro Kopf und Tag im Mittel

Tabelle 62.

Jahr	Mehraufwand in Gulden
1876	238.125
1877	247.260
1878	351.165
1879	329.835
1880	273.840
1881	286.905
1882	291.810
1883	280.875
1884	271.710
1885	269.451
Summe	2,840.976

45·156335 Kreuzer. Berechnet man daraus den Mehraufwand für die 2,913.770 Behandlungstage der Jahre 1870 bis 1875, so erhält man 1,315.751 fl. 74 kr., dies summirt mit obigem Erforderniss für 1876 bis 1885, gibt als Mehraufwand des k. k. Heeres für die Spitalsbehandlung der Venerischen in den Jahren 1870 bis 1885 im Ganzen 4,156.727 fl. Es ist jedoch der Mehraufwand nicht mitgerechnet, welchen die Behandlung bei der Truppe gekostet hat. Man sah, dass in den Jahren 1870 bis 1885 im k. k. Heere 292.964 venerische Erkrankungen vorkamen. Darunter waren 268.479, welche in Spitälern aufgenommen, und 24.485, welche bei der Truppe behandelt wurden. Da kaum anzunehmen ist, dass die Behandlungsdauer bei der Truppe unter dem berechneten allgemeinen Durchschnittsniveau von 36 Tagen sich hält, so resultirt eine Behandlungsdauer bei der Truppe von 9,665.253 Tagen. Die Kosten der Behandlung bei der Truppe dürften nicht erheblich geringer sein, als im Marodenhaus. Nehmen wir dieselben daher mit 5 Kreuzern pro Tag an, so entspricht dies einem Mehraufwand von 438.262 fl. 65 kr., jährlich 30.203 fl. 91 kr. Summirt man dies zu den oben angeführten Zahlen, so gelangt man zu dem Resultate, dass die Behandlung sämmtlicher Venerischen in der k. k. Armee in den Jahren 1870 bis 1885 einen Mehraufwand von 4,639.990 fl., rund 4,640.000 fl. und jährlich 289.999 fl. 41 kr., rund 290.000 fl. kostet.

Hätte das k. k. Heer zu gleicher Zeit wie in England den wohlthätigen Schutz einer „Contagious diseases bill" genossen, so wäre die Anzahl der Venerischen im Heere auf die Hälfte reducirt und das Kriegsbudget hätte in den Jahren 1870 bis 1885 allein die Summe von etwa 2,320.000 Gulden erspart. Aehnliches gilt selbstverständlich auch für die Armeen anderer Staaten. Leider fehlen für die Berechnung von deren Mehraufwand die Detailgrundlagen, um nachzuweisen, was man auch ohne weitere Belege dem gesagten Beispiele zu Folge feststellen kann, dass die Behandlung der Venerischen in den Armeen jährlich Millionen verschlingt.

Es wurde an den geeigneten Stellen erwähnt, einen wie hohen Procentsatz die venerischen Erkrankungen unter allen Erkrankungen einer Armee einnehmen. In dem k. k. Heere sind sie

in letzterer Summe im Mittel der Jahre 1870 bis 1885 mit 116·4 ‰, in der preussischen Armee im Mittel der Jahre 1873 bis 1882 nur mit 57 ‰, in der belgischen Armee im Mittel der Jahre 1875 bis 1884 mit 174·45 ‰ vertreten. Dieser hohe Satz, welcher sich an einzelnen Orten ganz ausserordentlich vermehrfacht, bedingt eine Ueberfüllung der Militärheilanstalten, welche so hoch anschwillt, dass, wie gezeigt wurde, einzelne Militärspitäler unter ihren Kranken allein an Venerischen ein volles Drittel bergen. Allerdings ist diese Ueberfüllung durch Venerische nicht nur bedingt durch die absolute Zahl der Erkrankungen, sondern auch durch die lange Dauer der Behandlung venerischer Krankheiten, welche in gar keinem Verhältniss zur Behandlungsdauer bei den übrigen Krankheiten steht. So betrug nach der Statistik von Myrdacz im k. k. Heere die Behandlungsdauer im Mittel der Jahre 1870 bis 1882 für jeden Fall von

Darmtyphus	40·7	Tage
Trachom	45·0	„
Scorbut	31·7	„
Lungenentzündung	30·8	„
Venerischen Erkrankungen .	36·0	„

In der preussischen Armee betrug die Behandlungsdauer im Mittel der Jahre 1870 bis 1882 für

Darmtyphus	31·89	Tage
Acuten Rheumatismus . . .	25·35	„
Lungenentzündung	31·39	„
Venerische Erkrankungen . .	28·2	„

Es stehen demnach die venerischen Krankheiten mit ihrer Behandlungsdauer den schwersten Krankheitsformen gleich. In Italien betrug deren Behandlungsdauer im Jahre 1870 nur 20 Tage, in Frankreich 1874: 25, 1879: 27 Tage. In Russland steigt sie gar bis zu 60 Tagen. Dadurch wird jedoch die in den meisten Armeen auf etwa 156 Wochen angesetzte militärische Ausbildung eines Soldaten für den Betroffenen um 2 bis 5 % verkürzt. Nun nimmt die Zahl der venerischen Erkrankungen in den meisten Armeen etwa 7 % der Kopfstärke jährlich in Anspruch. Es kann aber für eine Armee keineswegs gleichgiltig sein, wenn jeder 15. Soldat nicht kriegs-

tüchtig ausgebildet ist, weil er wegen venerischer Erkrankung jährlich einen Monat im Spitale zubringen muss.

Durch die venerischen Krankheiten erleiden jedoch die Armeen nicht nur zeitliche Verluste an Kraft, sondern auch einen dauernden, permanenten Abgang an Material. Die hieher gehörigen Invalidisirungen, so gering sie auch sind, dürfen keineswegs unterschätzt werden. Es wurde im Vorgehenden nachgewiesen, dass die relativen Zahlen der Beurlaubungen wegen Syphilis oder Invalidisirungen durch dieselbe vom Jahre 1881 bis 1885 im k. k. Heere sich verdreifacht haben, und dass die Zahl der Beurlaubungen wegen venerischer Erkrankungen, sowie die der Invaliden durch Syphilis in auffallend raschem Anstieg begriffen ist. So gering sich demnach diese Abgänge stellen, so wenig Hoffnung ist vorhanden, sie vorderhand ohne energische Vorbeugungsmassregeln auf der behaupteten Stufe zu erhalten, und muss man der Befürchtung Raum geben, dass diese Verluste binnen Kurzem als empfindliche Schädigung des lebenden Kriegsmaterials auftreten könnten.

Bei den bisherigen Untersuchungen über die Rückwirkung der venerischen Krankheiten wurde zweierlei stets festgehalten. Es wurden die Nachforschungen nur auf die bestehenden Verhältnisse und zwar hauptsächlich nur soweit sie den Frieden betreffen, ausgedehnt. Nichtsdestoweniger hat sich im statistischen Theile genug Gelegenheit ergeben, auf das Verhalten bei mobilisirten Heeren, auf die Rückwirkung des Kriegsschauplatzes etc. einzugehen, ohne jedoch ein einheitliches Uebersichtsbild zu gewinnen. Ein solches auf Grundlage des Gebotenen zu reconstruiren, sei der Zweck der folgenden Supposition.

Vom Standpunkte der Mechanik betrachtet, stellt jede strategische Operation sich dar als Function einer Reihe von Elementen, welche deren freie Kräfteentwicklung einmal fördernd unterstützen, das andere Mal ihr hindernd entgegentreten, indem sie jene bekannte „Friction im Kriege“ bilden. Die Rechnung mit den Frictionen des Verkehrs und der Verpflegsmittel ist jedem Strategen geläufig, die Friction durch sanitäre Uebelstände wird meist als ein dem mathematischen Calcul sich entziehendes Accidens vernachlässigt, ohne Rücksicht darauf, dass eine solche Ausseracht-

lassung hinterher leider nur zu oft sich rächt, indem sie den glänzend ausgearbeiteten Plan einer strategischen Operation oder eines taktischen Schlages im Vorhinein zu nichte macht. Es wäre überflüssig Belege beizubringen. Die Sanitätsgeschichte eines jeden Feldzuges bietet sie in hinreichender Auswahl. Es würde sich jedoch die Aufgabe hochinteressant gestalten, an einzelnen Beispielen die Vollwichtigkeit dieser Thatsache in der Weise zu erläutern, dass an der Hand statistischer Daten die jeweilige Hemmung nachgewiesen würde, welche eine kriegerische Massnahme unter der Beeinflussung durch sanitäre Frictionen erleidet, in ähnlicher Weise, wie man vor dem Kriegsspielplan mit fixirten Durchschnittszahlen der Truppengattungen, ihrer Marschleistungen, der in- und extensiven Massenwirkung der Waffen sowie mit den durch das Terrain gegebenen Fortbewegungshindernissen arbeitet. Es würden dadurch die angenommenen Operationen ein gänzlich verändertes Aussehen gewinnen, man würde auf Frictionen stossen, von deren Tragweite man sich nur in den seltensten Fällen, und da nur ahnungsweise eine Vorstellung bildet.

Es sei zugegeben, dass dort, wo man in der genannten Weise mit kleinen Körpern arbeitet, die Anwendbarkeit statistischer Durchschnittsergebnisse wegen der Variabilität ihres Zahlenwerthes für den gegebenen Fall starken Hindernissen begegnet. Anders ist dies bei Operationen im Grossen, und an einer solchen sei das Ergebniss der bisherigen Untersuchungen gemessen als an dem mathematischen Ausdruck einer Gattung von Hemmungen im Fortgange einer Kriegsunternehmung. Man wird so eine sehr praktische Seite der bisherigen Erwägungen kennen lernen. Bei dem Versuche, dieselben auf einen concreten Fall anzuwenden, soll, um dem Verdachte auszuweichen, ein politisches Gebiet zu streifen, die Supposition möglichst allgemein gehalten werden. Es handelt sich ja nicht so sehr um das Beispiel als solches, als vielmehr um die Lehren, die daraus fliessen.

Es sei nöthig, im Südosten von Ungarn, an der Donau eine oder mehrere Armeen von in Summa 500.000 Mann Stärke zum Zwecke irgendwelcher strategischen Operationen vom 1. März bis letzten December zu concentriren. Wir nehmen vorerst keine Rücksicht auf die Dauer des Aufmarsches und setzen den Fall, dass die Operationen mit 1. März beginnen und 10 Monate so andauern,

dass diese Armeen wieder mit Ende December aufgelöst und auf Friedensfuss gesetzt werden. Die Möglichkeit einer solchen Dauer ist gegeben durch den deutsch-französischen Krieg 1870 bis 1871. Wie werden sich nun die venerischen Erkrankungen gestalten? Man sah bei der Occupation von Bosnien im Jahre 1878, bei der Bekämpfung des Aufstandes in der Hercegovina im Jahre 1882, und beim deutsch-französischen Kriege im ersten Abschnitt 1870, dass kurzdauernde strategische Operationen die venerischen Erkrankungen nicht nur nicht befördern, sondern sogar herabsetzen, dann an den Folgen der bosnischen Occupation und im zweiten Abschnitte des deutsch-französischen Krieges, dass mit der Verlängerung eines Krieges die venerischen Erkrankungen rapid zunehmen. Das supponirte Terrain — und gerade deshalb wurde es angenommen — ist für die Verbreitung der venerischen Erkrankungen hochwichtig. Sie sind in diesem Bereiche mit 87·3 bis 96·5 ‰ des durchschnittlichen Verpflegsstandes vertreten. Die hier dislocirten magyarischen Truppen weisen sogar 105·2 ‰ auf. Crasse Ausnahmsfälle sollen jedoch unberücksichtigt belassen werden. Wir verbleiben im Geleise der Durchschnittszahlen. Demgemäss wird man nicht allzuhoch greifen, wenn man mit Rücksicht auf die vorerwähnten Umstände die durchschnittliche Anzahl der venerischen Erkrankungsfälle im Jahre mit 100 ‰ des Verpflegsstandes ansetzt, was für die obige Armee 50.000 venerische Erkrankungen ergibt. Nimmt man, trotz der complicirten Verhältnisse einen sehr günstigen Fall voraussetzend, die durchschnittliche Behandlungsdauer mit 30 Tagen an, so erhält man für jene Erkrankten eine Gesammtbehandlungsdauer von 1,500.000 Tagen. Beträgt der Mehraufwand für die Behandlung eines Falles nur 45 Kreuzer täglich, so ergibt dies eine Gesammtsumme von 675.000 Gulden, um welche sich jene Operationen vertheuern. Die genannte Zahl von Behandlungstagen per Kopf und Tag umgerechnet gibt einen permanenten Arbeitsverlust von 4109 Arbeitskräften. Anders gesagt, die Kriegstüchtigkeit dieser Armee wird durch die venerischen Erkrankungen einen solchen Verlust erleiden, als ob sie im Vorhinein um 4109 Mann, entsprechend etwa drei vollen Regimentern auf Kriegsfuss, vermindert worden wäre. Selbstverständlich wird dieser Verlust nicht auf einmal auftreten. In der Zeit der Concentrirung und des Aufmarsches nehmen wir

ihn nur mit 9000 Erkrankungen an. Dann bleiben noch immer für die übrigen 10 Monate 41.000 Fälle. Sie dürften erst mit dem Beginne stabilisirter Verhältnisse, im März, sich etwas vermehren, dann, ähnlich wie im deutsch-französischen Kriege langsam steigen, darauf plötzlich emporschnellen und im December, mit dem Beginne der Auflösung der Armee, Uebergang derselben auf Friedensfuss, sowie unter dem Einflusse des Winters rapid sinken. Demgemäss berechnen sich für März 1000, April und Mai je 2000, Juni, Juli je 3000, August, September, October je 4000, 5000 und 6000, November 10.000, December 5000 Erkrankungen. Das ist eine Berechnung, welche mit den bei der bayerischen Armee beobachteten Verhältnissen 1870 bis 1871 ziemlich genau übereinstimmt. Da jeder dieser Kranken eine Behandlungsdauer von rund 30 Tagen, also einem Monat beansprucht, so kann man den monatlichen Bedarf an Spitälern leicht feststellen, unter der Voraussetzung, dass Alle der Spitalsbehandlung übergeben werden. Man kann letzteres wohl als rationell annehmen, und zwar aus drei Gründen. Einmal ist die Behandlung solcher Krankheiten unter den so unregelmässigen Lebensverhältnissen, wie sie bei strategischen Operationen herrschen, geradezu ein Wagniss, Andererseits ist die Behandlung der meisten venerischen Krankheiten relativ kurz im Verhältniss zur Dauer eines in die Länge sich ziehenden Feldzuges. Sie verspricht auch, wenigstens in den meisten Fällen, eine vollkommene für den momentanen Bedarfsfall genügende Wiederherstellung des Betroffenen. Schliesslich verseuchen die in Behandlung Stehenden nicht den Kriegsschauplatz, wie es etwa Typhöse und Aehnliche thun. Daher wird man womöglich die Venerischen nicht nach der Peripherie abschieben, sondern in der Nähe des Operationsrayons, wahrscheinlich in Feldspitälern, unterbringen. Doch wollen wir auch hier der Gefahr einer summarischen Behandlung ausweichen, und annehmen, dass sich immer eine genug bedeutende Anzahl von Fällen ergibt, wo die Abschiebung von Venerischen wegen der geringen Aussicht, sie noch im Feldzuge als geheilt verwenden zu können, zur unabweislichen Nothwendigkeit wird, und setzen diese Zahl sehr hoch, mit zwei Fünfteln aller Venerischen fest, so dass von je 1000 nur 600 am Kriegsschauplatze verbleiben. Für die Unterkunft verfügen wir — gesetzt den Fall — über Feldspitäler zur Aufnahme von je 600 Kranken. Weiters angenommen, dass

wir in der Lage sind, sie nur für die Unterbringung von Venerischen auszunützen, da es sich ja doch thatsächlich um contagiöse Krankheiten handelt. Demnach muss bereits im März ein Feldspital aufgestellt sein, im April ein zweites, im Juni ein drittes, im August, September, October wird abermals je ein weiteres belegt werden, und im November werden 10 Feldspitäler mit einem Gesammtbelag für 6000 Mann von Venerischen gefüllt sein. 100 hieher systemisirte Militärärzte werden zur Behandlung herangezogen. Unter den 41.000 Erkrankten dürften sich befinden 20.000 Tripperkranke und 21.000, welche sich mit 11.000 auf schankröse und 10.000 auf syphilitische Affectionen vertheilen.

Wir wollen dieses Bild nicht weiter ausbauen. Dessen ganze Erörterung gründet sich auf Annahmen. Es ist höchst wahrscheinlich, dass die thatsächlichen Verhältnisse dieses Gefüge wie ein Spinnengewebe zerreissen und sie Satz für Satz Lügen strafen. All' das ist wahrscheinlich. Es ist jedoch nicht unmöglich, dass im Ernstfalle die Verhältnisse sich viel ungünstiger gestalten. Dann würde man erst recht die Nothwendigkeit von Vorbeugungsmassregeln kennen lernen gegen eine einzige Krankheit, welche die Kräfte, mit denen der Plan einer strategischen Operation rechnet, in Hekatomben lahm legt.

Eindämmung der venerischen Erkrankungen.

Die Mittel zur Bekämpfung und Hintanhaltung jeder venerischen Krankheitsform, vor Allem der Syphilis, lassen sich in zwei grosse Gruppen scheiden. Die erste liegt ausserhalb des Wirkungskreises directer Beeinflussung durch die Armeeverwaltungen, obzwar gerade sie entschieden die wichtigere ist. Es handelt sich hier um eine Reihe von socialen Institutionen, welche sich auf die Wechselbeziehungen der Geschlechter stützen und dadurch die Grundlage des gesellschaftlichen Daseins bilden, die Ehe, das Concubinat, die Prostitution. Es ist von principieller Bedeutung, welche Stellung eine Armee zu diesen Institutionen einnimmt, beziehungsweise inwiefern sie ihnen hemmend oder fördernd entgegentritt. Die zweite Gruppe umfasst die lange Reihe von Massnahmen, deren Durchführung auf organisatorischem oder administrativem Wege statthaft ist und in sehr verschiedener Art als praktisch sich erweist.

Wir werden getreu dem Grundsatze, so sachlich als möglich zu bleiben, jene Mittel der Reihe nach besprechen, ohne uns bei allen in Auseinandersetzungen zu ergehen, welche von ihnen bereits, wann und wo sie befürwortet oder verworfen wurden. Es ist nicht schwer, dies aus der reichhaltigen Literatur, welche dieses Thema hervorgerufen, zu ersehen. Bereits das Bestehen derselben liefert den nur zu traurigen Beweis, dass die dermaligen Massregeln entweder ihren Zweck nicht erfüllen oder sich als unvollkommen erwiesen haben. Der ganze statistische Theil dieser vorliegenden Arbeit ist eine mächtige Stütze dieser Annahme. Es drängt auf Schritt und Tritt dahin, nicht nur allgemeine Aussichtspunkte für die Beherrschung des hohen Percentsatzes venerischer Krankheiten in den Armeen zu gewinnen, sondern einen festen, streng umschriebenen bestimmten Stand zu erreichen, von welchem aus jene Abhilfe in Angriff genommen werden kann. So schwer es fällt, thatsächlich Bestehendes und praktisch Erprobtes als unzulänglich zu bezeichnen, umso schwerer wird es, zureichenden Ersatz dafür zu erbringen. Umso methodischer muss man vorgehen, das Gegebene zu sichten und zu prüfen, um das Zweckentsprechende als solches und gleichzeitig als ausreichend hinstellen zu können.

1. Gruppe: Ehe. Concubinat. Prostitution.

Als die natürlichste sociale Institution an und für sich sowohl als die zweckdienlichste Vorbeugungsmassregel gegen venerische Erkrankungen erweist sich die Ehe. Leider ist sie der geistigen und materiellen Beweglichkeit der Armeen so hindernd im Wege, dass es im Interesse der Selbsterhaltung stehender Heere liegen muss, die Anzahl der Ehen nach Möglichkeit zu beschränken.

Das Concubinat ist eine Form, deren Aufkommen aus verschiedenen Gründen, deren Erörterung hier nicht am Platze ist, im modernen Staate mit allen Mitteln hintangehalten werden muss. Nichtsdestoweniger beweisen die Thatsachen, dass ein concessionirtes Concubinat für eine Armee von der wohlthätigsten Wirkung sein kann. Es sei auf die in der niederländischen Armee in Indien bestehende, bereits besprochene Institution hingewiesen, wo die autoritative Concessionirung des

Concubinats mit eingeborenen Frauen, sowie die vollkommene Regelung und Ueberwachung desselben auf dem Verwaltungswege allein die abnorme Ueberwucherung der venerischen Krankheiten in der Armee nicht nur hintanhält, sondern dieselben in wirksamster Weise vermindert hat. Allerdings ist die gleiche Durchführung einer solchen Massregel nicht nur für europäische Verhältnisse überhaupt, sondern auch für europäische Armeen selbstverständlich schwer durchführbar und unter den bestehenden Anschauungen unstatthaft.

Es erübrigt demgemäss für jene Legionen, welche die Masse der Armeen repräsentiren, nur die Prostitution, jenes schneidende Messer in der Hand des Unverstandes, eine lindernde Salbe im Besitze des Einsichtigen. So verschieden ihre Grade und Abarten, so verschieden ist ihr Werth. Die geheim betriebene, sowie das Unwesen der Strassen- und Gassenprostitution sind eine Geissel, von deren Bestand die Blüthe und das Wachsthum der venerischen Krankheiten abhängt. Sie sind es, welche seit Jahrhunderten ihre Opfer abverlangen, ihnen zollen die Armeen tagtäglich und allnächtlich ihren Tribut, sie sind es vor Allem, an die der Unbemittelte, der Soldat geradezu angewiesen ist, denen er sich mit oder ohne Absehen in die Arme wirft, um die Befriedigung der edelsten Triebe so oft mit dem Keime des Siechthums zu erkaufen. Anders verhält es sich mit einer geregelten, sanitätspolizeilich überwachten Prostitution. Sie gehört zu den Existenzbedingungen einer gesunden Armee. Ueber dieses Thema besteht eine reichliche Literatur, in welcher sich zahlreiche Werke befinden, welche des Ernstes ihrer Aufgabe bewusst, dieselbe ausführlich genug behandelt haben. Sie wiesen Folgendes nach:

1. Die Zahl der venerischen Krankheiten in einer Armee steht in verkehrtem Verhältniss zur sanitätspolizeilichen Ueberwachung der Prostitution. (Vleminck, Brüssel, 1867. Lawson, London, 1881.)

2. Die Quelle der venerischen Krankheiten wurzelt in der geheimen und Strassenprostitution. (Mauriac, Paris, 1875.)

3. Die Winkel- und Strassenprostitution steht mit der Zahl der Bordelle in verkehrtem Verhältniss. (Behrend, Berlin, 1851.)

All diese Ergebnisse sind aufgebaut auf Grundlage statistischer Erhebungen. Wir waren im Vorhergegangenen in der glücklichen Lage, einen Theil derselben verarbeiten zu können und haben an Ort und Stelle ihre Bedeutung hervorgehoben. Wir haben die Contagious diseases bill in England besprochen. Die durch sie erzielten Resultate wurden auf so systematischem Wege klargelegt und sind so glänzend, dass sie allein für die Klärung der Frage nach der Nothwendigkeit einer sanitätspolizeilichen Ueberwachung der Prostitution ausschlaggebend sind. In zweiter Linie, jedoch ebenso bedeutungsvoll, sind die geschilderten Verhältnisse des k. k. Heeres. Das Ueberwuchern der venerischen Krankheiten in Garnisonen am Lande mit einer mangelhaften oder völlig mangelnden sanitäts-polizeilichen Ueberwachung der Prostitution steht im Gegensatze zu den Verhältnissen der grossen Garnisonen Wien, Prag, selbst Budapest und Triest, in welchen alle Grundbedingungen für das Wachsthum der venerischen Erkrankungen geboten sind. Massenanhäufungen von Truppen, laxe Zustände allgemeiner Moral, eine Fluth des niedersten Proletariats, und dennoch sieht man, dass unter der wenn auch nur einigermassen geordneten sanitätspolizeilichen Ueberwachung der Prostitution die Garnison nicht jenes crasse Bild darbietet, wie es dort beobachtet wird, wo jene Massregeln nicht bestehen. Nichtsdestoweniger kann man sich nicht damit begnügen, dass jene Wohlthat, deren sich heute nur bevorzugte Städte zu erfreuen haben, auch auf die kleinsten Garnisonen und zwar in derselben Weise ihre Anwendung finde. Noch immer ist der Percentsatz venerischer Erkrankungen selbst unter den besprochenen Einflüssen ein viel zu hoher, noch immer sind der Ausnützung der segensreichen Wohlthat Schranken gesetzt, welche sich, mehr als anderswo, in der Armee geltend machen. Noch ist die Prostituirte als solche vor dem Gesetze nicht überall anerkannt, noch immer besteht die Gefahr der Strassen- und Winkelprostitution, auf welche der Soldat angewiesen ist. In deutlicher Weise wurde dies in neuester Zeit von der Commission der französischen Akademie der Medicin zu Paris zum Ausdrucke gebracht. Collin, eine der competentesten Autoritäten auf diesem Gebiete, hat die Zustände kurz und bündig mit folgenden Worten geschildert, welche sich auf die französische Armee beziehen: „Für die Armee haben die Weinwirthschaften die Rolle übernommen. In den äussersten Stadt-

vierteln und ebenso in der Umgebung der Kasernen haben sich eine Anzahl von Weinwirthschaften in förmliche Hurennester verwandelt, und dort holen sich unsere Soldaten die Syphilis." Jeder Nichtfranzose kann hinzufügen „tout comme chez nous". Zwei hochgestellte Militärärzte haben der Commission eine statistische Aufstellung unterbreitet, welche dies Thema illustrirt:

32 Soldaten konnten über die Quelle der syphilitischen Ansteckung genaue Angaben machen, welche folgendes Resultat ergaben:

Ansteckung in Bordellen	2
„ von „Postenhuren" . . .	1
„ von im eigenen Zimmer wohnenden Prostituirten	11
„ in Weinwirthschaften . .	18

Gegen alle diese und andere Uebelstände gibt es nur eine Abhilfe, sie heisst ein auf legislativem Wege durchgeführtes behördlich autorisirtes, classificirtes Bordellwesen. Die Erfahrungen der Armeen aller Staaten bieten zum Nachweise der Nothwendigkeit desselben ein Materiale, das als unbehobener Schatz der Verwerthung harrt, um Seitens der Armeeverwaltungen in das Treffen gesendet zu werden, wenn die delicate Legislative sich an ein Thema heranwagt, von dessen richtiger Auffassung die Lebensbedingungen ganzer Milliarden abhängen, von dessen Wesenheit Jeder tiefinnerlichst überzeugt ist und spricht — um es im entschiedenen Momente todtzuschweigen. Es ist kurz gesagt, was einer Armee überhaupt noth thut: Abschaffung jeglicher Strassenprostitution, Schaffung von Prostituirtenhäusern garantirter Qualität, zugängig jedem der unzähligen Cölibatäre der Armeen. Auf welchem Wege dies zu erreichen, fällt in erster Linie ausserhalb der Erwägungen einer Heeresverwaltung. Dies ist eine Sache der gesetzgebenden Körper und der Administrative der Staatsverwaltungen. Sache der Heeresverwaltungen jedoch ist es, über die Grundbedingungen klar zu werden und die Grundbedingungen klar zu legen, deren sie vor Allem bedürfen, um sich der Geissel venerischer Krankheiten zu erwehren.

In geradezu idealer Weise sind diese Bedingungen in Indien erfüllt. Es wurde bereits auf das in der Armee in den niederländischen Colonien in Rechtsformen gekleidete Concubinat hingewiesen. Die indische Regierung erliess in Befolgung und Erweiterung der Grundsätze bezüglich des Schutzes der Truppen gegen venerische Krankheiten im Jahre 1886 folgende Verordnung:

„Wo geschlossene Hospitäler nicht vorhanden sind, wird es nöthig, für eine wirksame Beaufsichtigung der Prostituirten zu sorgen, in Verbindung mit Regimentsbazaren (Bordellen), sei es in Cantonnements oder auf der Marschlinie. In den Regimentsbazaren ist es nothwendig, eine genügende Zahl von Weibern zu halten, Sorge zu tragen, dass sie hinreichend hübsch sind, sie mit eigenen Häusern zu versehen und vor Allem darauf zu achten, dass Reinigungsmittel überall zur Hand sind. Wenn junge Soldaten genau auf die Vortheile der Reinlichkeit aufmerksam gemacht werden und erkennen, dass geeignete Anordnungen im Regimentsbazar existiren, kann man annehmen, dass sie die Gefahren meiden, die im Umgang mit Weibern liegen, deren Gesundheitszustand nicht von Aerzten controlirt wird. Wo Cantonnementsfonde es erlauben, sollten erfahrene und verantwortliche Dais, d. h. Wirthinnen angestellt werden, die registrirten Weiber zu überwachen. Solche Dais sollten gut bezahlt werden, wenn der Fond es erlaubt."

Diese Massregel soll sich bisher trefflich bewährt haben. Wir, als Europäer, sind zu delicat angelegte Naturen, um heute bereits bei uns die Errichtung von Regimentsbordellen, so sehr uns diese Massregel als Ideal vorschwebt, zu beantragen und zu befürworten. Das aber müssen und können wir heute bereits fordern, dass die staatliche Fürsorge nicht nur der Errichtung und Vermehrung von Armeen, sondern auch deren Erhaltung sich zuwende. Einer der allgemeinsten Grundsätze von deren Erhaltung heisst aber Regelung der Prostitution, legislatorische Errichtung und Erhaltung von controlirten Prostituirtenhäusern.

2. Gruppe. Behandlungsart. Behandlungsort. Obligatorische Anzeige der Inficirenden. Abschreckungsmethode. Strafen. Periodische Visitirungen. Belehrung. Ueberimpfte Syphilis. Vorkehrungen im Kriege.

Behandlungsart.

Es wurde im Verlaufe der vorhergegangenen Untersuchungen festgestellt, dass in der Behandlungsdauer venerischer Krankheiten bei den einzelnen Armeen auffallende Differenzen bestehen, weiter, dass, in einzelnen Fällen, und sie sind nicht allzu selten, es nicht gelingt, die Behandlungsdauer herabzusetzen, obzwar keine Complicationen dieselben verlängerten, schliesslich, dass gerade in neuester Zeit mit Bezug auf die Behandlungsdauer ein unsicheres Schwanken sich geltend macht. Wir waren bemüht, jene Fälle nachzuweisen, wo die Natur der Erkrankung den Grund für diese eigenthümlichen Erscheinungen abgibt. Nichtsdestoweniger erübrigt noch immer ein nicht geringer Satz, bei dem das Differiren in der Qualität der Behandlungsmethode nicht unterschätzt werden darf. Es ist nicht ortgemäss, hier die Summe des Wissens zu erörtern, welche angewendet wurde und noch immer angewendet wird, Aenderungen und Besserungen in der Behandlungsart venerischer Krankheiten einzuführen. Wer mit der medicinischen Seite unserer Frage vertraut ist, wird wissen, dass und was hier mit bewunderungswürdigem Fleisse, Aufwand an Geist, Wissen und Zeit an der Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Methode in staunenswerther Hast und Rührigkeit gearbeitet wird. Andere — und geben wir es nur zu — viele Andere werden durch die Ungunst der Verhältnisse oder aus anderen Gründen zu dieser Kenntniss nicht gelangt sein, oder das, was dem Einen als Besserung erscheint, nur als Aenderung gelten und an sich vorübergehen lassen. In Anbetracht dieser Sachlage erhebt sich die Frage:

Ist es angezeigt, dermalen auf dem Wege internationalen Verkehrs in den Armeen, oder auch nur in einer Armee auf dem Verordnungswege für eine einheitliche Behandlungsmethode irgend einer venerischen Erkrankungsform einzutreten?

Wir können nicht umhin, die Frage, so wie sie gestellt ist, rundwegs mit Nein zu beantworten. Der in den Fortgang wissen-

schaftlicher Forschung Eingeweihte wird zugeben, dass wir uns dermalen in einer Uebergangsperiode des Sturmes und Dranges befinden, welche das gestern kaum Festgestellte bereits morgen über den Haufen wirft. Gerade auf dem Gebiete der Erkenntniss des Wesens venerischer Krankheiten, deren Untersuchungs- und Heilmethoden verfolgt man so riesige Fortschritte (man denke an die Entdeckung der Syphilisbacillen, Trippercoccen, an die endoskopische Untersuchungsmethode und locale Behandlung, an die Behandlung mit Jodoform, die subcutane Injection, die Anwendung des Cocaïns etc.), dass eine festgestellte Untersuchungs- und Behandlungsart binnen kürzester Frist gestürzt und überflügelt sein wird, so dass die imperative Einführung einer officiell anerkannten Methode vielmehr einen Rückschritt als einen Fortschritt bedeuten würde. Denn auf wissenschaftlichem Gebiete stehen bleiben, heisst zurückgehen.

Dennoch kann man nicht ohne Weiteres hinweg über die Thatsache, welche auf statistischer Grundlage erhoben feststeht, dass die specielle Kenntniss venerischer Krankheiten bei den Aerzten der Armeen sehr ungleich entwickelt ist. Will man dies jedoch einer eingehenden vorurtheilslosen Beurtheilung unterziehen, so darf man vorerst nicht vergessen, dass eine durch die moderne medicinische Forschung angebahnte genaueste Kenntniss der venerischen Krankheiten erst seit Ricord, d. i. seit 50 Jahren besteht, dass diese Krankheitsgruppe stets das Stiefkind im medicinischen Unterrichte der Universitäten abgab, dass eigene Lehrkanzeln noch immer nicht durchgehends für sie eingerichtet sind, dass sie noch meist mit den Hautkrankheiten gemeinsam behandelt werden und die Einführung der Lehre von denselben als obligater Lehr- und Prüfungsgegenstand an allen Universitäten noch immer nicht als Nothwendigkeit anerkannt ist. In den meisten Staaten wird von Staatswegen zur praktischen Ausbildung der Aerzte überhaupt die Kenntniss der Syphilis unbegreiflicherweise nicht verlangt (vergl. darüber I. Neumann, die Prophylaxis der Syphilis. Klinische Zeit- und Streitfragen, III. Band, 5. Heft. Wien 1889.) So ist es vor Allem in Oesterreich und Deutschland. In Frankreich stehen die Verhältnisse um kein Haar besser. Die Commission der Akademie der Medicin zu Paris — und in derselben befand sich eine Capacität auf dem Gebiete

des Militär-Sanitätswesens, Herr Léon Collin — hat es ganz ungescheut erst vor Kurzem ausgesprochen, „darüber kann ein Zweifel nicht bestehen, dass die Syphilis, wie jetzt die Dinge liegen, den Aerzten wenig bekannt ist“ (vergl. „Die öffentliche Prophylaxe der Syphylis“ von Alfred Fournier, übers. von E. Lesser. Leipzig, 1888).

In Anbetracht dieser Verhältnisse tritt an die Heere die Nothwendigkeit heran, sich die Garantie zu verschaffen, dass die Militärärzte die detaillirtesten Kenntnisse auf dem Gebiete venerischer Krankheiten besitzen. Demgemäss sollte an allen Anstalten, an welchen zukünftige Militärärzte herangebildet werden, ein theoretischer und praktischer Unterricht, sowie eine theoretische und praktische Prüfung über diese Krankheiten obligatorisch eingeführt werden. In einem ähnlichen Sinne hat sich auch der VI. internationale hygienische Congress 1887 in Wien ausgesprochen. Anschliessend an den Vortrag von Eduard Lang „Welche Garantien besitzen die Staaten dafür, dass die zur ärztlichen Praxis berechtigten Sanitätsorgane mit der Kenntniss der Behandlung der syphilitischen Krankheiten auch vollkommen vertraut sind?“ hat die 1. Sitzung der IV. Section folgenden Antrag angenommen: „Der Unterricht und eine Prüfung über Pathologie und Therapie der Syphilis ist an allen medicinischen Facultäten obligatorisch einzuführen.“ Von unserem Standpunkte würden wir folgenden Antrag stellen:

„Vor der Aufnahme als Berufsmilitärärzte haben die Bewerber den Nachweis einer speciellen theoretischen und praktischen Kenntniss der venerischen Krankheiten zu erbringen. Zu diesem Zwecke sind zu unterbreiten: 1. ein Nachweis der diesbezüglichen Studien, 2. ein entsprechendes Prüfungszeugniss über diesen Gegenstand.“

Ob damit auch alle Garantie gewährleistet wäre, dass die mit der Behandlung venerischer Krankheiten betrauten Militärärzte auch auf der Höhe des wissenschaftlichen Fortschrittes verbleiben, das soll hier nicht endgiltig entschieden werden. Ob und wie dann weiter zu verfahren sei, das ist eine Frage, deren Beantwortung das organisatorische und administrative Gebiet der Heere betrifft, von deren Erörterung demgemäss hier, weil sie

über den Rahmen unserer Untersuchungen weit hinausgreift, Umgang genommen werden muss.

Behandlungsort.

Bezüglich des Behandlungsortes der venerischen Krankheiten weichen in den verschiedenen Armeen die Ansichten stark auseinander. So wurden in der französischen Armee in den Jahren 1874, 1878, 1879 zwei Drittel der Venerischen in Hospitälern, ein Drittel bei der Truppe behandelt. Im Jahre 1882 erreichten die Venerischen noch immer 13% aller Truppen-(Infirmerie-) Kranken. Hingegen wurden im k. k. Heere in den Jahren 1870 bis 1885 von den erkrankten Venerischen 95·8% an Militärheilanstalten abgegeben und nur 4·2% bei der Truppe behandelt. Daraus ist zu entnehmen, dass nicht überall der Grundsatz sich eine durchschlagende Geltung verschafft hat, demzufolge eine zweckentsprechende Behandlung venerischer Krankheiten nur in Heilanstalten und da nur in speciellen Abtheilungen durchführbar ist. Man erinnere sich nur jener penibeln Aufsicht und sorgfältigen Pflege, deren ein Venerischer bedarf, um einzusehen, dass an eine Behandlung im Marodenzimmer, Revierkrankenstuben oder Infirmerien schon aus diesem Grunde nicht gedacht werden kann und darf. Wer dann den neuesten Standpunkt dieser Behandlung kennt, der wird wohl wissen, dass derselbe eine solche Summe von speciellen Vorkenntnissen nebst eines complicirten Apparates von endo- und mikroskopischen, chirurgisch operativen und therapeutischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erfordert, wie sie bei der Truppe einmal überhaupt nicht zur Verfügung stehen und deren Beherrschung andererseits allein wenigstens die Widmung eines theilweisen Lebenszweckes erfordert. Es wird deshalb nur dann möglich sein, eine Behandlungsmethode entsprechend nennen zu können, wenn dieselbe nur in Spitälern, und da nur in eigenen Abtheilungen von eigenen Aerzten durchgeführt wird. Dem ersten Erfordernisse hat sich, wie aus Obigem ersichtlich, sehr stark das k. k. Heer genähert. Nur vier Hundertstel der Venerischen werden dort nicht in Spitälern behandelt. Weit ab davon sind jedoch andere Armeen. Es ist nicht denkbar, dass ihnen bei der Truppe jene genannten Methoden zur Verfügung stehen, deren sich meist nur bevorzugte Heilanstalten erfreuen.

Es erscheint daher nothwendig, dass von den Armeeverwaltungen folgende Resolution als giltig angenommen werde:

Venerische Krankheiten sind grundsätzlich nur in Spitälern zu behandeln.

Selbstverständlich wird man sich jenes Grundsatzes dort entschlagen, wo man die freie Selbstbestimmung des Behandlungsortes aus besonderen Gründen aufrecht zu erhalten für nothwendig erachtet, z. B. bei Officieren, keineswegs jedoch ist es praktisch, dasselbe Recht sonst jemand Anderem, etwa Einjährig-Freiwilligen einzuräumen.

Es ist bekannt, dass dermalen mit wenig Ausnahmen selbst in grösseren Civilheilanstalten, eigene Abtheilungen für Venerische nicht bestehen. Umso weniger kann es Wunder nehmen, wenn bei den beschränkten Mitteln, welche der Verwaltung des Sanitätsdienstes zugewendet werden, in den Spitälern der Heere die Venerischen — abermals mit wenig Ausnahmen — gleichzeitig mit chirurgischen Fällen, ja auch in Gemeinschaft mit noch anderen Kranken behandelt werden. Es leuchtet ein, wie gross dabei die Gefahr der Uebertragung einer Infection ist. Deshalb ist es nothwendig, anzuerkennen und auch durchzuführen

die principielle Absonderung der Venerischen von anderen Kranken und Behandlung durch eigene Aerzte.

Gibt man dann noch die bereits berührte Nothwendigkeit zu, für die Behandlung venerischer Krankheiten Aerzte mit specieller Kenntniss und Schulung anzustellen, welche mit den entsprechenden Mitteln behufs Untersuchung, Erkenntniss und Heilung der einzelnen Fälle ausgerüstet werden müssen, so wird man zwar nicht Alles, aber Vieles gethan haben, was bisher nur selten geschieht, um einer der grössten Gefahren zu begegnen, durch welche die venerischen Krankheiten in neuester Zeit sich hervorthun, das ist einmal die unverhältnissmässig längere Behandlungsdauer als die der schwersten anderen Krankheiten (Scorbut, Typhus, Tuberculose, Wechselfieber, Trachom, Lungenentzündung, Blattern, Gelenksrheumatismus), sowie der specifischen Armeekrankheiten (Entzündung der Lider und Bindehaut des Auges, Wunddruck der Füsse und Wundreiten) nebst der stetig wachsenden Zahl von Invalidisirungen.

Obligatorische Anzeige der inficirenden Person.

Man hat in einzelnen Armeen den Versuch unternommen, und auch fortgeführt, nach erfolgter Ansteckung eines Mannes der Person habhaft zu werden, bei welcher er sich die Krankheit zugezogen hat.

Im k. k. Heere wurde das Wünschenswerthe eines solchen Vorganges durch die Instruction über Gesundheitspflege (Wien 1881) wohl ausgesprochen. Es heisst in derselben: „die Person, von welcher man angesteckt wurde, soll angegeben werden, damit auch sie der ärztlichen Behandlung zugeführt und jede weitere Ansteckung verhindert werde.“ An diesem allgemeinen Wortlaut hat man sein Genügen gefunden, und wie es sich herausstellt, hat man recht daran gethan.

Weiter ging man in Preussen. Hier schreibt das Regulativ über die sanitäts-polizeilichen Vorschriften bei ansteckenden Krankheiten vom 8. August 1835 im §. 69 vor, dass die Aerzte, besonders die in den Krankenhäusern angestellten, wenn sie syphilitisch angesteckte Personen in Behandlung nehmen, auszumitteln suchen und der Polizeibehörde anzeigen, von wem die Ansteckung herrühre. Diese Vorschrift hat auch Giltigkeit für die Militärlazarethe und wird noch heute, allerdings mit sehr fraglichem Erfolg geübt. Die venerischen Soldaten werden stets über den Ursprung der Krankheit vernommen und diese förmlichen Verhandlungen dem Polizeipräsidium angezeigt.

Auch in Paris dachte man auf solche Weise der Betreffenden habhaft zu werden. Es müssen daselbst die Soldaten die sie inficirenden Mädchen denunciren, nach welchen dann die Polizei fahndet (vergl. Schrank a. a. O. II. S. 254). Das Comité der Akademie der Medicin zu Paris (vergl. A. Fournier, „Prophylaxe der Syphilis“ a. a. O. S. 56) hat sogar in letzter Zeit als Grundsatz aufgestellt: „Von einem frisch mit Syphilis angesteckten Soldaten ist die Angabe der Person zu verlangen, bei welcher er sich die Krankheit zugezogen hat.“ Der diesbezügliche Motivenbericht sagt weiter: „Die besonderen Berichte, welche die Namen der von den Soldaten angegebenen Frauenzimmer enthalten, sind an die Polizeibehörde zu richten; und es wäre nach jeder Richtung hin gut, wenn im Austausch dafür die Polizeibehörde diese

Berichte der Militärverwaltung zurückgeben würde mit der Angabe, ob jene Frauenzimmer krank befunden worden sind. Es liegt in der That auf der Hand, dass die Angaben der erkrankten Soldaten über die Herkunft ihrer Krankheit gar nicht so selten der Polizeibehörde das Bestehen gefährlicher Ansteckungsherde aufdecken könnten, denn oft genug sieht man bei den Soldaten die Syphilis für mehrere Menschen aus einer und derselben Quelle sich ableiten. Ein Militärarzt hat uns drei Fälle mitgetheilt, in welchen 8, 10 und 22 Soldaten durch dasselbe Frauenzimmer angesteckt waren. „Es gibt sogar", fügt dieser Militärarzt hinzu, „eine gewisse Sorte von Prostituirten niedrigsten Ranges, die sogenannten „Postenhuren", welche sich eine ganz specielle Kundschaft unter den Soldaten schaffen. Eine von diesen Elenden, die, wenn sie keine Beschäftigung hatte, als Milchmädchen fungirte, brachte fast alle Nächte bei den Posten zu. Nach meiner Kenntniss hat dieses Frauenzimmer die Syphilis auf sechs von unseren Leuten übertragen, wobei Diejenigen ausser Acht gelassen sind, von denen ich es nicht weiss und nicht wissen konnte, weil das Frauenzimmer verschiedene Namen annahm, je nachdem sie im Osten oder im Westen der Stadt ihre Thätigkeit ausübte."

Die besprochene Massregel, inficirende Personen zu erforschen, ist, wie man sah, bereits über 50 Jahre alt und allenthalben geübt worden. Sie hat sich jedoch in der Praxis, entgegen den gestellten Erwartungen als nicht zweckdienlich erwiesen. Die zu Folge derselben angestellten Untersuchungen sind in der Regel resultatlos und zwar aus folgenden Gründen:

1. Der Betroffene macht absichtlich unwahre Angaben oder

2. er ist nicht im Stande, die inficirende Person so genau zu bezeichnen, dass dieselbe ermittelt werden kann.

3. Der Angesteckte leitet seine Ansteckung meist immer vom letzten Beischlafe ab und beschuldigt die Person, die er zuletzt gebraucht hat, wobei er sich fast stets in der Angabe der richtigen irrt, da er von einer Incubationsdauer keine Ahnung besitzt und nach erfolgter Ansteckung in Folge des nun meist auftretenden erhöhten geschlechtlichen Reizes oft erst recht eine ganze Reihe von Weibern hinter einander gebraucht hat.

Aehnliche Erfahrungen macht beinahe jeder Arzt in seiner Praxis. Man hat sie auch an mehreren Orten bereits gemacht.

Nach den Berichten des preussischen Polizeipräsidiums sind die in den Militärlazarethen erhaltenen Resultate nicht geeignet, die ganze Massregel als sonderlich zweckdienlich für die Praxis erscheinen zu lassen. Auch in Wien hat sich die Durchführung dieser Massregel nur eines kurzen Daseins in den öffentlichen Spitälern erfreut, da man bald deren Erfolglosigkeit einsah. (Vergl. Schrank a. a. O. II. S. 112.)

Unseres Erachtens und unserer eigenen Erfahrung gemäss ist diese Massregel im grossen Ganzen zwecklos. Man lauft hiebei nur Gefahr, beim Soldaten ein Denunciantenthum grosszuziehen, welches mit der militärischen Geradheit und Offenheit gar nichts zu thun hat und den betreffenden Inquisitor zum Zwischenträger dieses Denunciantenthums zu stempeln und ihn in den Augen der Soldaten, dessen psychologisches Unterscheidungsvermögen oft hundertmal feiner entwickelt ist, als man gemeinhin voraussetzt, überflüssigerweise zu entwürdigen.

Abschreckungs-Methode.

Pädagogen, sowohl diejenigen, welche die Erziehung der Kinder, als auch solche, denen die des Volkes voller Ernst ist, sind längst in der Kinderstube sowohl, als auch am Richtplatze gegen die Abschreckungsmethode eingetreten. Nichtsdestoweniger konnte man es erst vor Kurzem in einer fachwissenschaftlichen Broschüre gesperrt gedruckt und mit Ueberzeugung vertreten lesen: „Möglichst grosse Erregung von Furcht vor Syphilis wäre ebenfalls ein Mittel, das zur Eindämmung dieser Krankheit in der Armee beitragen könnte“.

Nun, wir können nicht umhin, uns mit diesem Vorschlage, welcher dahin geht, „die Soldaten zu veranlassen, den Umgang mit Prostituirten zu meiden“, ganz und gar nicht einverstanden zu erklären. Wenn von dieser Massregel irgend ein Erfolg zu erwarten wäre, so dürfte er sich höchstens auf eine geringe Anzahl von Recruten beschränken, welche unwissend sind, jedoch binnen kürzester Zeit zu Wissenden werden. Den Wissenden wird gar nichts abschrecken, einem der kräftigsten Triebe nachzukommen, welche die Natur in einer Stunde edelsten Wirkens in den Menschen gelegt. Diese Gefahr birgt jedoch die Abschreckungsmethode in sich, den Analphabeten auf unnatür-

liche Wege zu verleiten, oder im Festhalten derselben zu bestärken, Wege, deren unsittliches, jegliche geistige und physische Kraft vernichtendes oder wenigstens lahmlegendes Wesen gegen gar nichts aufgewogen werden kann. Die Abschreckungsmethode hat noch keinen Verbrecher vor dem Galgen bewahrt und man geht demzufolge lieber von der Todesstrafe ab, sofern man sie nicht als Zweck anwendet, ein gemeinschädliches Individuum unschädlich zu machen. Auch sie würde Niemanden vor einer Ansteckung bewahren, der den Willen besitzt, dem Rufe der Natur Folge zu leisten. Man muss daher eine Abschreckungsmethode in obigem Sinne nicht nur nicht für nicht zweckdienlich, sondern geradezu schädlich erklären und verwerfen, ja im Interesse der Tüchtigkeit einer Armee mit allem Nachdrucke dahin wirken, dass etwaige Belehrungen nicht im Entferntesten im Sinne derselben gehandhabt werden.

Strafen.

In Brüssel hat man nach dem Berichte von Vleminck (Internationaler medicinischer Congress in Paris) im Jahre 1876 den Versuch unternommen, Soldaten zu belohnen, welche sich aus freien Stücken als syphilitisch erkrankt melden. Andererseits hat man vorgeschlagen, venerisch Inficirte zu strafen, hat dies vielleicht hier und dort auch ausgeführt. In Frankreich bekommt noch heutzutage ein Soldat, der das Unglück hatte, sich mit Syphilis anzustecken, keinen Urlaub mehr. Nach der Versicherung des Herrn Leon Collin geht es zwar nicht in allen Armeecorps so zu, doch ist es immerhin in einigen Regimentern noch der Fall (vergl. Fournier a. a. O. 1888). Die Furcht vor der Strafe bewirkt, dass eine Anzahl von Leuten sich scheut, ihre Krankheit zu offenbaren, dass sie sie verheimlichen und schlimmer werden lassen, dass sie zu Hausmitteln ihre Zuflucht nehmen oder zu Pfuschern gehen.

Ob sich Belohnungen für Syphilitische geradezu als sehr praktisch bewähren, möchten wir in hohem Grade bezweifeln. Verpönen möchten wir hingegen jegliche Strafe für eine venerische Erkrankung, weil es keinen Rechtsgrund für eine solche gibt. Die Venerie ist wohl ein Unglück, aber kein Verbrechen, noch ein

Vergehen. Eine jegliche wie immer geartete Bestrafung ist eine Ungerechtigkeit, ebenso lächerlich, als dadurch, dass sie der Verheimlichung Vorschub leistet, geradezu schädlich. Es erscheint daher nothwendig, etwaigen in den Armeen eingeschlichenen Missbräuchen einen Riegel vorzuschieben und den Abtheilungscommandanten der Truppen den principiellen Satz einzuschärfen:

Es ist grundsätzlich unstatthaft, wegen venerischer Ansteckung irgendwelche wie immer geartete Strafen aufzuerlegen.

Vielmehr und zumindest die rechtliche Basis haben für sich Strafen, welche sich auf Verheimlichung venerischer Erkrankungen beziehen. Man muss mit allen Mitteln, die zur Verfügung stehen, in den Armeen die Verheimlichung von ansteckenden Krankheiten hintanzuhalten wissen. Hier steckt eine der Hauptbrutstätten für deren Verschleppung, Anwachsen und Verbreitung. Ihr mit den strengsten Massregeln entgegenzutreten, ist geradezu Pflicht der für die Assanirung des Heeres Verantwortlichen. Es ist kein aus der Luft gegriffener Wunsch, Strafbestimmungen für die Verheimlichung von venerischen Erkrankungen einzuführen. Namhafte Juristen haben bereits den Vorschlag gemacht und durchgeführt, Aehnliches in die Gesetzgebung überhaupt aufzunehmen. So enthält der bei Schrank a. a. O. II. S. 108 angeführte Strafgesetzentwurf folgende sicher ganz zweckmässige Bestimmungen.

§. 461. Wer sich bewusst ist, dass er an einem ansteckenden Uebel leidet und mit Verschweigung desselben dennoch . . . sich verdingt oder . . . solches . . . anzuzeigen unterlässt, ist, wenn dadurch eine Gefahr der Ansteckung für Andere entstehen kann, mit Haft bis zu einer Woche . . . zu bestrafen.

§. 463. Wer mit einer venerischen oder syphilitischen Krankheit behaftet zu sein sich bewusst ist und dennoch mit Jemandem Beischlaf pflegt, ist mit Haft zu bestrafen.

Auch das neue finnländische Gesetzesproject statuirt die Bestrafung der Individuen — ohne Unterschied ob Mann oder Weib — „atteints de Syphilis et le sachant, qui transmettent leur maladies à d'autres par des rapports sexuels . . . La peine varie selon le degré de culpabilité (?) . . . Minimum six mois de prison.“ (Vergl. I. Neumann a. a. O. S. 155.)

Es besteht also für diese Art von Strafen eine genügende fachwissenschaftliche Sanction. Man dürfte sich von einer zweckentsprechenden Anwendung derselben für die Hintanhaltung von Verheimlichungen, Verzögerung des Heilungsvorgangs und Verschleppung der venerischen Krankheiten mehr Erfolge versprechen, als alle bisher noch so gewissenhaft gepflogenen Untersuchungen zu leisten vermochten. In Anwendung auf die Armeen würde sich empfehlen, in den Strafcodex folgenden Satz aufzunehmen:

Wer sich bewusst ist, dass er an einem ansteckenden Uebel leidet und dennoch dasselbe verschweigt oder nicht anzeigt, ist zu bestrafen, eventuell mit verschärftem Arrest bis zu einer Woche.

Als geradezu selbstverständlich würde es sich jedoch empfehlen, bei der Begutachtung ob und inwieferne man es mit einer Verheimlichung zu thun habe, im gegebenen Falle ein entsprechendes Votum dem Arzte einzuräumen.

Periodische Visitirungen.

Geradezu unzählbar sind die Stimmen der Congresse, Collegien, Versammlungen und einzelner Autoren, welche von einer ärztlichen Beaufsichtigung der Heere erspriessliche und ausschlaggebende Folgen für die Eindämmung der venerischen Krankheiten erhofften. Als Resultat dieses Drängens bestehen dermalen beinahe in sämmtlichen Armeen, abgesehen von einer Anzahl fallweiser Untersuchungen, periodische Untersuchungen des Gesundheitszustandes durch die betreffenden Sanitätsorgane. Man legt ihnen einen besonderen prophylaktischen Werth bei.

Ueber diese Untersuchungen drückt sich das Dienstreglement für das k. k. Heer I. Theil 1866 wie folgt aus (im Auszuge):

„§ 36. Aerztliche Visitirungen.

Mit Ausnahme der Cadet-Officiersstellvertreter, Feldwebel, Zugsführer, Cadeten und Einjährig-Freiwilligen ist die gesammte, in der Station befindliche Mannschaft zweimal im Monate und wenn nöthig, auch öfter, der ärztlichen Visitirung zu unterziehen. Die Mannschaft wird einzeln vorgerufen und die Visitirung in einem abgesonderten Raume derart bewirkt, dass sich der zu Visitirende mit dem Arzte allein befinde. Wer dieser Unter-

suchung beizuwohnen verhindert war, wird bei der nächsten Krankenvisite dem Arzte vorgestellt."

In gleichem Sinne lautet der §. 2. 10 der Instruction für den Unterricht in der Gesundheitspflege. Das Reglement für den Sanitätsdienst des k. k. Heeres I. Th. 1883, §. 2, 22 bemerkt noch dazu: „Bei den ärztlichen Visitirungen, welche in einem abgesonderten, mit gutem Tageslicht versehenen Raume abzuhalten sind, ist vorzugsweise auf ansteckende Krankheiten, wie Lustseuche, Krätze und granulöse Augenbindehautentzündung zu achten, jedoch auch das Aussehen der Mannschaft, die Reinlichkeit des Körpers und ihr Gesundheitszustand überhaupt ins Auge zu fassen." Die Vornahme dieser periodischen Untersuchung gehört im k. k. Heere zu den Obliegenheiten jenes Militärarztes, welcher einer Truppenabtheilung (Anstalt) zur Versehung des Sanitätsdienstes zugewiesen ist und erstattet derselbe über Wahrnehmungen, welche eine sanitätspolizeiliche Massregel nothwendig machen und sich dabei ergaben, dem Chefarzt der Truppe (Anstalt) die Meldung (im Sinne des Regl. f. d. San. D. I. §. 2).

Im k. preussischen Heere ist es ausser dem Revierdienst noch Sache der Hilfsärzte, die periodische Untersuchung der Mannschaft auf Syphilis etc. und Krätze vorzunehmen, „so oft dies der Truppenbefehlshaber nach Uebereinkunft mit dem betreffenden Ober-Militärarzt für erforderlich hält." Nach §. 6 des Unterrichtsbuches für Lazarethgehilfen übernimmt ein Lazarethgehilfe die Untersuchung auf venerische Krankheiten unter Aufsicht und Verantwortung des commandirenden Sanitätsofficiers (Militärarztes). Vergl. Riedel. Die Dienstverhältnisse der k. preussischen Militärärzte im Frieden. Berlin 1887.

Die diesbezüglichen Vorschriften des k. k. Heeres und der k. preussischen Armee können so ziemlich als Typus für alle ähnlichen Vorschriften der anderen Heere gelten. Mit einander verglichen enthalten sie dennoch viele abweichende Punkte. So fixirt das Dienstreglement für das k. k. Heer die Untersuchung auf mindestens zweimal im Monate, während es in Preussen dem Ermessen des Truppenbefehlshabers und Obermilitärarztes überlassen bleibt, das periodische Intervall zu bestimmen. Andererseits überträgt die Vorschrift in Preussen die Vornahme der Untersuchung den Lazarethgehilfen, während sie in Oesterreich den Arzt selbst

dazu verpflichtet. Schliesslich macht man in Preussen den Arzt für die Untersuchung ausdrücklich verantwortlich, worüber sich das Reglement in Oesterreich keineswegs directe ausspricht. Mehr oder weniger ähnliche Vorschriften bestehen auch in den anderen Heeren. Gemeinsam ist ihnen die periodisch stattfindende ärztliche Controle auf venerische Krankheiten. Den Werth der einen oder der anderen abzuschätzen ist nicht leicht. Thatsächlich sind diese periodischen Visitirungen der Stolz der meisten Armeehygieniker, sie sind der Angelpunkt, von dem aus man die Sphäre der geschlechtlichen Gesundheitsverhältnisse zu beherrschen glaubt, so dass man besorgen könnte, der Blasphemie geziehen zu werden, wenn man es unternimmt, deren Schattenseite zu besprechen, selbst in dem Falle, als man das Gesagte felsenfest zu begründen vermöchte.

Diese periodischen Untersuchungen auf venerische Krankheiten, wie sie dermalen geübt werden, haben einen höchst problematischen Werth, und zwar aus folgenden Gründen.

1. Sie verhindern nicht die venerische Ansteckung.

2. Sie sind ohne Einfluss auf die Höhe der venerischen Erkrankungen.

3. Sie sind kein Regulativ für die Extensitätsschwankungen der letzteren.

4. Sie sind nur oberflächlich, daher unzulänglich.

5. Man kann daher Niemand eine persönliche Haftung für deren Ausfall beimessen.

6. Sie verhindern nur in geringem Grade die Verheimlichung venerischer Krankheiten, leisten derselben in vielen Fällen sogar Vorschub.

7. Sie berücksichtigen nur einen Theil der Armee.

8. Sie schädigen die Moral der Mannschaft.

9. Sie entsprechen nicht der Würde des Arztes.

10. Sie setzen dessen Ansehen herab.

Geradezu selbstverständlich scheint es, dass diese Untersuchungen auf das Entstehen einer Ansteckung keinen Einfluss üben, demgemäss dieselbe auch nicht verhüten. Sie können es nur insoferne, als sie Gelegenheit bieten zur Belehrung über Reinlichkeit und dergleichen, was jedoch mit der körperlichen Visitirung nur in geringem Zusammenhange steht. Sie würden es vielleicht

in dem Falle, dass sie als eine Art Abschreckungsmittel den Soldaten aus Scham, bei der Untersuchung etwa erkrankt befunden, oder aus Furcht daselbst getadelt zu werden, von dem Umgange mit Weibern abhalten. Sie wären in einem solchen Falle jedoch erst recht zu verwerfen, da sie auf einer Seite wohl ein Unglück verhüten, auf der anderen aber Laster säen würden.

Welch geringen Einfluss sie auf die Herabsetzung der Höhe venerischer Erkrankungen üben, das zeigt an unzähligen Beispielen der statistische Theil dieser Arbeit. Trotz der periodischen Visitirungen nimmt im k. k. Heere seit 1874 die Syphilis rapid zu, steigen seit derselben Zeit die venerischen Krankheiten im Stande der Militärheilanstalten, wächst die Intensität derselben seit 1873 bei der Sanitätstruppe und vermehrt sich rapid seit 1876 in der k. preussischen Armee. Trotz der in allen Armeen wohl gleich sorgfältig gepflogenen periodischen Visitirungen ist der Procentsatz der venerischen Erkrankungen keineswegs überall gleich niedrig, im Gegentheil, es bestehen diesbezüglich ganz erstaunliche Differenzen, welche mit dem Wesen der periodischen Untersuchung gar nichts gemein haben können. In einzelnen Armeen steht die Anzahl der venerischen Erkrankungen so bedeutend hoch, dass, wenn es im Wesen einer periodischen Untersuchung liegen würde, eine solche Höhe nicht aufkommen zu lassen, in jenen Fällen die Untersuchung als ganz und gar irrelevant sofort aufgelassen werden müsste. Wenn der durchschnittliche Procentsatz in den modernen Armeen zweifellos geringer ist als vor Jahrhunderten, so wäre es noch immer gewagt, dies dem segensreichen Einflusse der erst seit neuerer Zeit bestehenden periodischen Visitirungen zuzuschreiben. Thatsächlich hat sich diese Extensität seit dem Auftreten der Syphilis als Lustseuche, also im Verlaufe der letzten 4 Jahrhunderte, sowohl als auch die Intensität stark geändert, Qualität und Quantität der venerischen Erkrankungen sind heute längst nicht mehr so besorgnisserregend wie ehemals. dies ist jedoch unter dem Einflusse einer Summe von Factoren vor sich gegangen, welche jede Infectionskrankheit im Verlaufe der Zeiten modificiren und deren Flugbahncurve in den Ordinaten und Abscissen bestimmen. Das aber sind Factoren allgemein cultureller Natur, deren Wirkung die Armeen in gleicher Weise unterworfen sind, wie die übrige Welt.

Ein etwaiger Hinweis auf die enorme Extensität anderer Krankheiten z. B. im k. k. Heere (vergl. Myrdacs, Sanitäts-Statistik 1870—82) des Wechselfiebers (211 ‰), acuten Bronchialkatarrhs (145 ‰), Magen- und Darmkatarrhs (128·110 ‰), der wundgedrückten Füsse (102), vielleicht sogar der Masse von Verletzungen (99 ‰) und dagegen den geringen Satz der Venerie (69 ‰) bei gleichzeitiger Annahme einer wohlthätigen exceptionellen Beeinflussung der letzten, kann ernstlich kaum aufrecht erhalten werden, da für einen Vergleich von so verschiedenen Krankheiten untereinander das tertium comparationis nicht vorhanden ist. Uebrigens treten andere Krankheiten mit einer ebenso niedrigen Extensität auf, ja mit einer noch niedrigeren als die der venerischen Erkrankungen, z. B. Mandelentzündungen (72 ‰), Abscesse (63 ‰), deren Entstehung durch ärztliches Wirken doch kaum beeinflusst werden kann oder wird. Anders stünde vielleicht die Sache, wenn man entsprechende Vergleiche mit den venerischen Erkrankungen unter der Civilbevölkerung anstellen und nachweisen könnte, dass die Extensität in der Armee geringer sei als dort.

Solchen Vergleichen stellen sich leider zahlreiche Hindernisse in den Weg. Es wurde dies bei Besprechung der Wiener Garnison (s. d.) erörtert, gerade dort jedoch ist ersichtlich, dass die venerischen Krankheiten in der Garnison mit derselben Höhe verbreitet sind, wie in der männlichen Civilbevölkerung, jedoch nicht niedriger. Andererseits haben wir Truppenkörper, ja ganze Garnisonen kennen gelernt, wo im Verlaufe eines Jahres ein volles Drittel der Heeresangehörigen venerisch erkrankt ist, Spitäler, wo ein Drittel des Krankencontingents nur von den Venerischen gestellt wurde, Verhältnisse, welche mit denen in der Civilbevölkerung gar keinen Vergleich zulassen, und für welche man die periodischen Visitirungen verantwortlich machen müsste, wenn man deren unbedingten Einfluss auf die Herabsetzung jenes Uebels anerkennen würde.

Wir haben jedoch gesehen, wie die Extensität der venerischen Krankheiten in den verschiedenen Heeren auch verschieden auftritt, wie sie in ein und derselben Armee nach Jahren und Monaten, nach Orten, Nationalitäten und Waffengattungen schwankt, während

jene periodischen Untersuchungen mit der Genauigkeit des Mechanismus einer guten Maschine regelmässig sich abwickeln. Es ist kaum ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Factoren zu bemerken gewesen. Unabhängig von den ärztlichen Untersuchungen steigt und sinkt das Erkrankungsprocent unter jenen Einflüssen, welche der ärztlichen Einwirkung nicht unterliegen. Die periodischen Untersuchungen sind es eben nicht, welche ein Regulativ für die beobachteten Extensitätsschwankungen abgeben, sondern die Disposition der örtlichen Verhältnisse, der Nationalität, der Waffe, der Zeit etc., zu welchen erstere in gar keiner Beziehung stehen.

Die Art und Weise dieser Untersuchungen ist weit davon entfernt, Gelegenheit zu bieten, ihr Resultat als unfehlbar allzu sanguinisch zu beurtheilen. So wohlmeinend die diesbezüglichen Vorschriften sind, sie rechnen durchaus nicht mit den bestehenden Verhältnissen. Der Beschäftigungsentwurf für die Ausbildung der Mannschaft in den modernen Armeen ist behufs grösstmöglicher Ausnützung der Zeit derart eingetheilt, dass es nicht möglich ist, bei einem Truppenkörper der ärztlichen Untersuchung mehr als alle 14 Tage je einen halben Tag zuzumessen, ohne die Ausbildung empfindlich zu schädigen. Wohlgemerkt entfällt auf diesen halben Tag noch zumeist eine Casernvisitirung, Kirchgang und Aehnliches. An diesem halben Tage sind nun durch eine einzige Person oft Hunderte — 500 sind nicht zu viel — zu untersuchen, und zwar nicht nur auf Lustseuche, sondern auch auf das Allgemeinbefinden, Krätze, Augenentzündungen, Wunddruck der Füsse, Hautaufschürfungen vom Reiten etc. Nebstdem sind die als marod anerkannten entsprechend zu behandeln. Dass im Drange der Zeit eine solche Untersuchung nur oberflächlich ausfallen kann, wird keinem Einsichtsvollen und mit den bestehenden Verhältnissen Vertrauten entgehen. Sie wird umso oberflächlicher sein, als es eine Reihe von venerischen Erkrankungsprocessen gibt, welche in einem gewissen Stadium auf dem Wege der gewöhnlichen, äusserlichen Untersuchung — und eine andere ist im Drange der Zeit gar nicht möglich, auch gar nicht geboten — nicht entdeckt werden können. Es wird sich daher Niemand der Hoffnung hingeben, diese Visitirung sei zulänglich, alle thatsächlich bestehenden Erkrankungen aufzudecken, er würde dann dem Untersuchenden mehr

zumuthen, als derselbe überhaupt unter den gegebenen Umständen zu leisten vermag.

So kommt es, dass kein billig Denkender den Untersuchenden oder den die Untersuchung Ueberwachenden — und Letzteren selbstverständlich am wenigsten, da er nicht für jeden Fall mit seiner persönlichen Ueberzeugung einstehen kann — für die Immunität der Untersuchten haftend machen wird, ohne das Wesen dieser Untersuchungen gänzlich zu verkennen. Daher ist aber auch aus dem Wortlaute der Vorschrift in der preussischen Armee (siehe oben) nicht zu ersehen, worin die Verantwortung des commandirten Officiers (Arztes), welcher dort gar nur die Aufsicht führt, bestehen solle. Daher scheint auch das Reglement des k. k. Heeres liberalen Ansichten hinzuneigen, indem es sich über eine solche Verantwortlichkeit direct nicht ausspricht. Dasselbe, sowie andere dürften wohl überzeugt sein, dass nach dieser Visitirung, wenn das „ärztlich untersucht und gesund befunden“ unterfertigt wird, eine völlige Garantie für die Immunität der Untersuchten nicht besteht, indem dieser Passus keine andere Bedeutung besitzt, als die, dass bei der Untersuchung keine Zeichen einer ansteckenden geschlechtlichen Erkrankung vorgefunden wurden.

Der Kernpunkt dieser Visitirungen soll verschiedenen Ansichten zu Folge darin liegen, dass sie Verheimlichungen und in deren Gefolge die Intensitätszunahme oder Verschleppung einzelner Fälle hindern oder aufdecken. Leider deckt sich auch hier, wie so oft, die theoretische Erwägung mit dem praktischen Erfolge nicht. Bei Besprechung dieses Punktes müssen wir gewisse Einzelheiten für sich im Augenmerk behalten. Es sind dies einmal die beiden Formen der Verheimlichung, nämlich die unwissentliche und dann die absichtliche. Die unwissentliche, daher unabsichtliche Verheimlichung, liefert nur ausnahmsweise vorkommende Fälle. Uebrigens fallen dieselben hier gar nicht in die Waagschale, denn nichts ist leichter, als im Vorhinein ihnen zu begegnen, indem man die Unwissenheit in Wissen verwandelt. Es erübrigt also nur die Fälle von wissentlicher, absichtlicher Verheimlichung zu berücksichtigen. Leider fehlen statistische Nachweise über diesen Punkt, obzwar es eben so wichtig als interessant wäre, Erfahrungen zu sammeln, wieviel und bei wem unwissentliche oder absichtliche Verheimlichungen dieser oder jener venerischen Erkrankungsform und wie

dieselben zur Entdeckung gelangen. Man muss dabei einer summarischen Behandlung wohl ausweichen und die Classen der Betroffenen einzeln berücksichtigen. Sprechen wir daher vor Allem von der Mannschaft. Die absichtlichen Verheimlichungen, welche hier erst durch die periodische Untersuchung entdeckt werden, gehören zu den grössten Seltenheiten. Der Grund zur Verheimlichung liegt ja doch zumeist nur in falschem Schamgefühl. Dieses aber kommt bei der Mannschaft überhaupt selten vor. Uebrigens gibt es genug geeignete Wege, dasselbe nicht aufkommen zu lassen. Weiter muss man erinnerlich bleiben dessen, dass der Betroffene unter einer stetigen Controle von Unterofficieren und Officieren sich bewegt, welchen der Spürsinn für das Aussehen des Mannes, eventuell für medicamentöse Behandlung nicht abgeht. Diese stetige Controle der sanitären Verhältnisse des Einzelnen ist etwa nicht nur eine freiwillige, sie ist sogar obligatorisch vorgeschrieben. So spricht sich z. B. die Instruction für den Unterricht in der Gesundheitspflege der k. k. Armee 1876 folgendermassen aus: §. 13. 66. „Der Corporal muss die körperliche Reinlichkeit der Untergebenen, sowie der Quartiere sorgfältig überwachen. Sieht ein Mann kränklich aus, oder lässt sich aus anderen Anzeichen bei ihm eine Krankheit vermuthen, so muss ihn der Corporal befragen, zu einem offenen Geständniss ermahnen, und wenn es nöthig erscheint, die ärztliche Untersuchung veranlassen.“ §. 16. 77. „Der Feldwebel hat darüber zu wachen, dass der Corporal vom Tage seinen Obliegenheiten auch bezüglich der Gesundheitspflege und des Sanitätsdienstes nachkomme.“ Ausserdem ist der Mann von einem Kreise von Kameraden umgeben, denen er sich entweder bald anvertraut oder verrathet. Da in jenen Sphären die Werthschätzung eines Privatgeheimnisses keineswegs hoch entwickelt ist, so ist es kein Wunder, wenn durch baldigen Verrath im Kreise der Gleichgestellten oder Entdeckung durch Höhere die versuchte Verheimlichung viel eher ans Licht gelangt, bevor sie durch die periodische Visitirung zur Entdeckung kommt. Weiters darf man nicht vergessen, dass für den Soldaten Nichts leichter ist, als sich unter irgend einem Vorwande der Untersuchung zu entziehen, einem Vorwande, für welchen die mannigfachsten, für den Visitirenden nicht controlirbaren Dienstesverwendungen genügend Anhaltspunkte bieten. Schliesslich weiss man ja,

wie leicht es ist, irgend eine venerische Ansteckung bei einer nicht ganz sorgfältigen Untersuchung zu verheimlichen. Dies gilt besonders von jenen Processen, welche in der Harnröhre sich abspielen. Und so geschieht es, dass die periodischen Untersuchungen gegen jene übrigen thatsächlich seltenen Fälle von gelungener absichtlicher Verheimlichung venerischer Erkrankung bei der Mannschaft sich als ohnmächtig erweisen.

Wir müssen jedoch daran erinnern, dass ein grosser Theil der Armeen den periodischen Untersuchungen nicht unterliegt, das sind die Unterofficiere vom Zugsführer aufwärts, Cadeten, Einjährig-Freiwillige und Officiere, wenigstens im k. k. Heere. Gerade bei jenem Theile sind jedoch die wissentlichen, absichtlichen Verheimlichungen an der Tagesordnung. Wissentlich, weil jener Theil die Intelligenz des Heeres repräsentirt. Nach den Motiven der Absicht wollen wir nicht forschen. Hier eine radicale Abhilfe zu schaffen wäre nur möglich, wenn auch die Genannten jener Visitirung unterzogen würden. Bei einem Theile derselben wird man selbstverständlich stets davon abstehen, nämlich bei den Officieren. Bleibt ein ganz beträchtlicher Rest, bei welchem jene Gründe, welche bei Einführung der körperlichen periodischen Untersuchung bewogen von ihr abzusehen, nämlich die Rücksichtnahme auf den gereiften Sinn der oft älteren Männer, die Rücksicht auf deren feiner entwickeltes Zartgefühl, ihre Einsicht, sich seither kaum geändert, vielleicht sogar vermehrt und gesteigert haben, und sprechen heute ebenso wie damals gegen deren periodische Untersuchung.

Weder das Wesen dieser Visitirung, noch die Art ihrer heutigen Vornahme ist darnach angethan, das sittliche Bewusstsein der Mannschaft zu festigen oder zu heben, sie wirkt im Gegentheil geradezu, wenn nicht entsittlichend und verrohend, so doch zumindest deprimirend. Für den höheren hygienischen Werth mangelt ihnen das Verständniss. Dazu ist eine gesonderte Untersuchung der Einzelnen wegen Raum- und Zeitmangels in den meisten Fällen trotz der wohlmeinenden Vorschriften gar nicht durchführbar. Die Folge von alldem ist eine Gemüthsdepravation, welche leider nicht statistisch nachgewiesen und graphisch dargestellt werden kann, dem Betheiligten jedoch sich sattsam fühlbar macht. Dazu darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass

diese Art der Untersuchung eventuell abschreckende Gefahren in sich birgt, welche wir bereits im Capitel „Abschreckungsmethode" gestreift haben.

Geistreich drückt sich zu dem Punkte des Einflusses auf das Sittlichkeitsgefühl der Bericht der französischen Akademie (vergl. Lesser-Fournier a. a. St. S. 58) aus: „Die Untersuchung der Soldaten wird augenblicklich in einem Untersuchungsraume vorgenommen, in welchem 10, 20, 30 und mehr demselben Regiment angehörige Leute versammelt sind. Diese Untersuchungen haben daher eine gewisse Analogie mit den Versammlungen der ersten Christen im Alterthum, in denen diese zu grösserer Kasteiung eine gegenseitige und öffentliche Beichte ihrer Sünden ablegten. Aber da die Sitten sich geändert haben, da die Syphilitischen unserer Zeiten, selbst in der Armee, nur wenig Gefallen an einer derartigen erniedrigenden Busse finden, so scheut sich eine ganze Anzahl unserer Soldaten, welche diese oder jene Geschlechtskrankheit bekommen haben, sich bei der Untersuchung zu zeigen, „weil sie dort ihre Krankheit öffentlich beichten müssten". Aus dem einen oder dem anderen Grunde fürchten sie das öffentliche Bekanntwerden ihrer Krankheit. Sie erfinden tausend Schliche, um sich der Untersuchung zu entziehen, und haben oft Glück damit. Die Mehrzahl kommt jedenfalls mit Widerstreben und nur unter dem Zwange der Vorschrift oder des Schmerzes. Welche Hindernisse können sich also dem widersetzen, dass die Untersuchung der Leute bei der Armee mit derselben Discretion und mit denselben Rücksichten ausgeführt wird, welche man einem jeden Kranken schuldig ist, seine Krankheit sei, welche sie wolle? Und ist es nicht eine dringend nothwendige Reform, das öffentliche Bekanntwerden einer venerischen Krankheit auf die strengen Grenzen des Nothwendigen zu beschränken?"

Diese Visitirungen, so wie sie heute zumeist gehandhabt werden — und dies Wort sei nicht nur im bildlichen Sinne des Wortes genommen — entsprechen nicht der Würde des Arztes, zumindestens dort, wo derselbe nicht, wie in der preussischen Armee, nur das Controlorgan ist. Sein Ansehen leidet dadurch nicht nur in den Augen der verständnisslosen Mannschaft, es leidet auch in den Augen Höherer und trägt nicht wenig zur Entwürdigung des Arztes bei der Truppe als auch im Allgemeinen bei.

So sehen wir denn, dass der ganzen periodischen Visitirung, wie sie dermalen besteht, jener hohe Werth nicht innewohnt, welchen man ihr beilegt oder von ihr erhofft. Es entsteht nun die Frage: Wenn sich die bisher gepflogenen periodischen Visitirungen einmal als nutzlos, das andere Mal schädlich, und in der bisher festgehaltenen Richtung als wenig oder gar nicht besserungsfähig erweisen, und nur den geringen Nutzen in sich bergen, hier und da einmal einen der nicht anders zur Kenntniss gelangten verheimlichten Fälle bei der Mannschaft zur Entdeckung zu bringen: wiegt dieser geringe Nutzen ihre Nachtheile genügend derart auf, um an ihnen noch immer festzuhalten? Und andererseits, wenn man sie ausser Kraft setzen würde, wird man Mittel finden, um dem etwaigen Anwachsen der venerischen Krankheiten wirksamer als jetzt zu begegnen?

Die erste der gestellten Fragen ist dem bisher Erörterten zu Folge nicht schwer zu beantworten. Birgt sie doch in sich bereits eine Reihe von Verneinungen. Wir möchten jedoch keinesfalls das Kind mit dem Bade ausgeschüttet haben. Nicht nur ärztliche Untersuchungen überhaupt, sondern gerade die periodischen sind von grösster Wichtigkeit. Fallweise ärztliche Untersuchungen Einzelner ganz in dem bisher bestandenen Sinne z. B. des k. k. Heeres, fallweise Gesammtuntersuchungen, wenn das aussergewöhnliche Auftreten einer Erkrankung die Massenausbreitung derselben befürchten lässt. Periodische Untersuchungen, sobald sie einen anderen als den bisher verfolgten Zweck hatten, erfreuten sich bisher keines besonderen Ansehens. Wir glauben nun, dass sich Beides modificiren, vereinen und recht erspriesslich gestalten lässt. Vor Allem haben wir statistische Aufnahmen im Sinne. Eine grosse Reihe von Fragen der wichtigsten Bedeutung könnte durch solche spielend gelöst werden, Fragen, welche bisher nur zum Theile beantwortet, zum anderen Theile noch vollständig in der Schwebe sich befinden, deren Anregung zum Theile erst durch die Erweiterung statistischer Methodik im Heere ins Fliessen gerathen würde. Das wären Fragen nicht nur von allgemein anthropologischem, sondern auch solche von speciell anatomischem und physiologischem Interesse. Hauptsächlich aber solche, welche für die Erhöhung der physischen Leistungsfähigkeit eines Heeres von ausschlaggebender Wichtigkeit sind, würden dadurch binnen Kurzem zur baldigen

Reife gelangen. Dahin gehören Aufnahmen des Körperzustandes, Gewichts- und Massverhältnisse der Soldaten unter bestimmtem Einfluss der Dienstesverwendung. Seit die modernen Heere die Zahlenstatistik und Hygiene eingeführt haben, hat das Militärsanitätswesen einen Aufschwung von ungeahntem wissenschaftlichen und eminent praktischem Werthe genommen. Eine Aufnahme anthropologischer Untersuchungen auf statistischer Grundlage würde nicht nur den wissenschaftlichen, sondern in reciproker Wirkung wieder den praktischen Werth des Sanitätswesens erhöhen.

Zu solchen Untersuchungen würde ein Tag im Monate genügen. Er würde vollkommen Gelegenheit bieten, sich gleichzeitig auch von dem Gesundheitszustande jedes einzelnen Mannes zu überzeugen — selbstverständlich bei discretionärer Einzelnuntersuchung des Individuums.

Bezüglich der zweiten Frage hegen wir die Ueberzeugung, dass es thatsächlich Mittel gibt, nicht nur das bisher unbehinderte Anwachsen der venerischen Erkrankungen aufzuhalten, sondern auch entsprechenden Falls herabzusetzen. Eine Reihe derselben wurde bereits angedeutet, eine weitere Reihe soll noch zur Besprechung gelangen.

Belehrung.

Zweifellos fördert die Kenntniss einer Gefahr in hohem Grade die Möglichkeit, ihr vorzubeugen. Nirgends macht sich dies so geltend, wie bei contagiösen Krankheiten. Hier spielt die Prophylaxis mindestens eine eben solche Rolle wie die Therapie. Die Armeen haben diesen Grundsatz anerkannt. In ihm wurzeln die verschiedenen Instructionen und Normen über die Gesundheitspflege. Man entdeckt in ihnen ein Gemeinsames: Den venerischen Krankheiten gegenüber verhalten sie sich ausserordentlich delicat, setzen beim Soldaten eine Summe von Kenntnissen voraus, die er thatsächlich nicht besitzt, und über das Heikle einer detaillirten Schilderung gehen sie so kurz und so gut als möglich hinweg. Was sie bieten, sind einige Schlagworte: zu viel für den Eingeweihten, zu wenig für den Nichteingeweihten. Anatomie, Physiologie, Pathologie werden gar nicht oder nur in der schonendsten Weise gestreift. Allerdings kann man fragen: Ist es überhaupt

nothwendig, den Soldaten, auch denjenigen niederster Rangstufe, in diese Kenntniss einzuweihen? Sowie die Dinge heute stehen, erscheint es nicht nur nothwendig, sondern geradezu als Pflicht aller Armeen ihren Angehörigen gegenüber, welcher man nicht streng genug nachkommen kann. Nur dadurch, dass dem Soldaten eine detaillirte Belehrung geboten und immer wieder geboten wird, gibt man ihm auch Gelegenheit, einer Ansteckung vorzubeugen, oder eine erworbene bei Zeiten zur Kenntniss zu bringen. Wir wollen uns auch hier auf allgemeine Andeutungen nicht beschränken und den Gegenstand, seiner Wichtigkeit gemäss, besprechen.

Ist man einmal schlüssig darüber, dem Soldaten gewisse Kenntnisse beizubringen, so entsteht die Frage nach dem wie. Eine Möglichkeit besteht darin, dem Soldaten selbst es zu überlassen, seine diesbezüglichen Kenntnisse zu erweitern, indem man im Mannschaftszimmer eine gedruckte Belehrung affichirt. Das ist ein kurzer, bequemer und nicht irrationeller Weg. Aehnliches geschieht im k. k. Heere mit der Anleitung zur Pflege der Füsse. So einfach und augenfällig diese Art auch erscheint, so ist sie dennoch nicht die zweckmässigste. Geistige Trägheit lässt den Mann an der Affiche unzählige Male vorübergehen, ohne sie einer Beachtung zu würdigen. Dazu kommt, dass der gedruckte Buchstabe längst nicht den Eindruck verursacht, wie das lebende Wort einer mündlichen Unterweisung. Nur eine solche kann hier vor Allem Ausschlag geben. Man könnte sie dem Unterofficier übertragen. Dies scheint am natürlichsten. Er ist es, welcher dem Manne am nächsten steht, ist er doch in dessen Sphäre aufgewachsen und unausgesetzt in ihr thätig. Dennoch ist der Gegenstand viel zu wichtig, um dem Unterofficier dessen richtige Werthschätzung beimessen zu können. Andererseits kann man letzterem die Erlangung eines tieferen Verständnisses der Sache nicht zumuthen. In Folge seiner Stellung ist dazu vorerst der Arzt berufen, das liegt auch in der Natur des Gegenstandes. So müsste man denn die entsprechende mündliche Belehrung der Soldaten durch den Arzt vornehmen lassen. Es frägt sich dann noch, wann und wie dies zu geschehen habe. Ausgehend von dem Grundsatze, dass eine solche Unterweisung einzig und allein den Zweck verfolgt, den Soldaten vor etwaigen Gefahren zu schützen, wird man

sich beeilen müssen, ihm sofort nach seinem Eintritte in die Armee diesen Schutz angedeihen zu lassen, bevor sich ihm die Gelegenheit zur Erwerbung einer Erkrankung ergibt. Es ist dies die Zeit der Abrichtung der Recruten, wo sie die Kaserne entweder gar nicht, oder nur unter vertrauenswürdiger Aufsicht verlassen dürfen. In dem Momente, wo ihnen ein selbstständiger Contact mit der Civilbevölkerung gestattet wird, sollten sie die entsprechenden Kenntnisse bereits besitzen, demzufolge die Instruction bereits vorher beendet werden. Da auch die alte Mannschaft einer Auffrischung ihrer Kenntnisse nicht entrathen kann, so wäre eine Theilnahme derselben am Unterrichte zumindest wünschenswerth. Es kann weiter keineswegs genügen, im Allgemeinen anzuordnen, gelegentlich über das genannte Thema die Mannschaft zu belehren, da sich das ganze Unternehmen sonst jeglicher Controle entzieht. Wenn gründlich und in wirksamer Art und Weise hier vorgegangen werden soll, so muss eine eigene Instructionsstunde bestimmt werden, welche nur diesem Gegenstande gewidmet ist, und zwar derart, dass der gesammte Stoff auf eine bestimmte Anzahl von Stunden vertheilt für sich abgehandelt wird.

Ebenso wenig zweckdienlich dürfte es sein, dem Gutdünken des Instructors den Umfang des beizubringenden Stoffes vollkommen anheimzustellen, oder ihm nur allgemeine Gesichtspunkte für die Verarbeitung desselben zu bieten, und zwar aus zwei Gründen. Einmal steht den Armeeverwaltungen das Recht zu, den durchschnittlichen Grad der Intelligenz festzustellen, welchen der einzelne Soldat besitzen muss, da eine Rechnung nur möglich ist mit gleichartig durchgebildeten Factoren, deren Einzelnwerth man genau kennt. Andererseits ergibt sich von selbst die Nothwendigkeit einer Controle darüber, wie dem Manne ein bestimmtes Wissen beigebracht wird umsomehr, wenn es sich um einen Stoff handelt, für dessen Empfängniss selbst der intelligentere Theil der Armee die Vorbildung nicht genossen hat. Ueberlässt man es den mit der Durchführung einer Belehrung betrauten Organen vollkommen, dieselbe nach eigenen Gesichtspunkten durchzuführen, oder beschränkt sich nur auf die Angabe allgemeiner Gesichtspunkte, so werden immer Mängel individueller Natur ins Spiel gerathen, welche in einer falschen Auffassung der Breite und Tiefe des Stoffes wurzeln. Aus reiner Scheu vor Oberflächlichkeit wird

man Gefahr laufen, dem Schüler ein Auffassungsvermögen zuzumuthen, welches er nicht besitzt, und dessen Kenntnisse werden nicht erweitert und vertieft, sondern viel eher überflüssigerweise belastet und verwirrt, wahrscheinlich in einer Richtung ausgebildet, welche über das Ziel weit hinausgeht oder neben dem Kern desselben vorbeischiesst, ohne in das Wesen der Sache selbst zu dringen. Das ist eine Erfahrung, welche nie vollkommen zu umgehen sein wird, jedoch durch eine in festem Rahmen sich bewegende Instruction in hohem Masse corrigirt werden kann. Für den Inhalt der Instruction kann keineswegs das massgebend sein, von wem sie vorgetragen wird, sondern für wen sie bestimmt ist. Sei es ein hochintelligenter, wissenschaftlich geschulter Mann, sei es ein Unterofficier, er muss an der Hand der gegebenen Anleitung der Geistessphäre des Soldaten sich anpassen. Jedes Wort, jeder Satz, jede Wendung muss gegen das Begriffsvermögen des Mannes genau abgewogen werden und mit ihm genau correspondiren. Eine wissenschaftliche Behandlung muss man vollkommen ausser Acht lassen, allerdings nicht eine wissenschaftliche Grundlage. Darin liegt eine Selbsthemmung, welcher zu begegnen die grössten Schwierigkeiten bereitet.

Ueber die Ausdehnung des Stoffes wird man viel eher ins Klare kommen. Ausgehend von dem Princip, dass der Instruction nur ein prophylaktischer Werth innewohnen soll, wird man als grundlegende Basis weitere Erörterungen einer kurzen Schilderung der bevorzugten Gegend für die Initialmanifestation der venerischen Krankheiten nicht entrathen können. Man wird sich dabei in anatomische Details nicht einlassen. Bei den einzelnen Krankheitsformen wird man hauptsächlich die Erscheinungen beim Auftreten der Erkrankung schildern und kurz die Beschreibung des normalen sowie des complicirten Verlaufes anschliessen, mit einer Hindeutung auf die grossen Gefahren des letzteren. Auf die Behandlungsmethode ist selbstverständlich nicht einzugehen, um keine Anhaltspunkte für etwaige Quacksalbereien zu bieten. Im Gegentheil muss stets betont werden, dass die ärztliche Behandlung einzig und allein möglich sei. Ein kurzer Hinweis auf einfache Vorbeugungsmassregeln wird nicht fehlen dürfen.

Eine solche Instruction wäre in erster Linie zum Schutze der Recruten bestimmt. Dies sollte jedoch nicht ausschliessen,

jedem anderen Mitgliede der Armee sie gleichfalls zugängig zu machen.

Die Lockerung, welche eine Armee bei Uebergang auf den Kriegsfuss erfährt, durch die völlige Umgestaltung der Existenzverhältnisse, sowie durch Aufnahme neuer, der Disciplin längst entwachsener Elemente, birgt eine um so grössere Gefahr für das Auftreten ansteckender Krankheiten in sich, als der Erwerbung derselben, wie das Anschwellen im Kriegsfalle beweist, ein nur schwer controlirbarer Vorschub von aussen zu Theil wird. Desto nothwendiger sind hier entsprechende Vorbeugungsmassregeln. Man wird daher eine Belehrung der einrückenden Reserven sowie der landsturmpflichtigen Mannschaft im angedeuteten Sinne in erhöhtem Grade im Augenmerk behalten müssen. Es ist deshalb nöthig, auch die Ersatzcadres mit einer solchen Instruction zu versehen, dies umsomehr, als die hier einrückenden Aerzte des Reserve- oder des Civilstandes mit den Verhältnissen der Armee weniger vertraut, einer festen Handhabe für ihre Dienstverrichtungen bedürfen. Hier wird es noch erspriesslicher sein mit dem Unterrichte sobald als möglich zu beginnen und ihn binnen wenigen Stunden zu beenden. Dabei wird sich das Vorhandensein einer Instruction in der Sprache der Mannschaft um so zweckdienlicher erweisen, je weniger unter solchen Umständen die Verhältnisse dem Instructor erlauben, seine Zeit durch Vorbereitungen zu zersplittern.

Resumiren wir nochmals das Gesagte, so gipfelt es in folgendem Vorschlage:

1. Es ist eine eigene, gemeinverständliche, kurze Belehrung über die venerischen Krankheiten zu verfassen.

2. Dieselbe ist von den Militärärzten vorzutragen:

a) im Frieden den jeweilig einrückenden Recruten.

b) im Mobilisirungsfalle der einrückenden Reserve- und landsturmpflichtigen Mannschaft.

3. Dieser Unterricht hat zu beginnen sofort nach dem Einrücken der Vorgenannten. Er ist auf eine bestimmte Anzahl von eigens diesem Zwecke gewidmeten Stunden derart zu vertheilen, dass er mit Schluss der Ausbildung der Vorgenannten beendet ist.

4. Je ein Dienstexemplar, beziehungsweise noch ein zweites

in der Muttersprache der Truppe wird bei jeder Unterabtheilung aufbewahrt.

5. Sämmtliche Heeresangehörige können die gedruckte Instruction um einen Minimalpreis erwerben.

Ueberimpfte Syphilis.

a) So selten auch die Fälle von Uebertragung der Syphilis auf dem Wege der Impfung (vaccinale Syphilis) sind, so können sie dennoch einen höchst bedenklichen Aufschwung erfahren. Es sei nur an die bekannten französischen Endo-Epidemien in Paris, Cherbourg, in Vannes in den Spitälern und in der Armee, dann an die italienischen in Rivalta, Lupara, Bergamo, schliesslich an einzelne in Deutschland, Algier, England und den Vereinigten Staaten von Nordamerika erinnert. Eine Wiederkehr ähnlicher Unfälle ist nur dann ausgeschlossen, wenn die immer mehr an Ausbreitung zunehmende Impfung mit Kuhpockenlymphe durchwegs geübt wird. Es erscheint deshalb nothwendig, dass die Armeen folgenden Satz principiell anerkennen und vertreten:

Die zur Vorbeugung der Pocken dienende Schutzimpfung der Soldaten ist grundsätzlich mit thierischem Pockenstoff durchzuführen. Eine Abimpfung von Arm zu Arm ist nicht gestattet.

b) Noch seltener als die vaccinale Syphilis kommt die Tatuage-Syphilis vor. Dennoch sind aus der französischen Armee in Algier Fälle berichtet, wo sie durch Ueberimpfung übertragen wurde. Die Tätowirung ist noch heute auch bei unseren Soldaten üblich, und zwar meist an der Beugefläche des rechten Vorderarms, allerdings nur als blosse Spielerei. Vor nicht Langem hat man in Frankreich den Vorschlag gemacht, sie als Ersatz des sogenannten „Legitimationsblattes" einzuführen. So absurd der Antrag Anfangs erscheint, so praktisch klingt er bei näherer Erwägung, denn nichts ist so labil, wie die sogenannte Legitimationskapsel, besonders wenn sie nicht um den Hals befestigt, sondern in Kleidungsstücken versorgt wird. Von dieser Tatuage ist vorderhand leider nicht mehr weiter die Rede. Vorerst handelt es sich um jene Tätowirung der Soldaten untereinander, welche leicht zur Uebertragung der Syphilis Gelegenheit geben kann. Es

ist daher räthlich, die Soldaten in folgendem Sinne aufmerksam zu machen:

Die Tätowirung des eigenen Namens ist wohl eine praktische Legitimationsmassregel. Mittels der Tätowirnadel können jedoch Krankheiten übertragen werden, vor Allem die Syphilis, daher die ohne entsprechende Kenntnisse vorgenommene Tätowirung eventuell für den Tätowirten eine schwere Schädigung der Gesundheit, für den Tätowirenden ein Vergehen, beziehungsweise ein Verbrechen involviren kann.

Vorkehrungen im Kriege.

Unsere Stellungnahme zu den venerischen Erkrankungen im Kriegsfalle haben wir an verschiedenen Orten dieser Arbeit angedeutet. Hier sei der Frage noch eine kurze zusammenhängende Besprechung gewidmet. Es wurde nachgewiesen (deutsch-französischer Krieg 1870/71, russisch-türkischer 1877/78, bosnische Occupation 1878, hercegovinischer Aufstand 1882), dass die Zunahme der venerischen Erkrankungen im Kriege ähnlichen Bedingungen unterliegt, wie im Frieden, und dass deren energisches und cumulatives Auftreten im Verlaufe der Operationen und mit deren Dauer die Morbiditätsprocente zu einer ganz ausserordentlichen Höhe emportreiben kann. Mit diesem Factor wird eine Heeresleitung im Voraus rechnen müssen, wenn sie nicht zum Opfer einer unseligen Täuschung werden soll. Ein Beispiel: Während der bosnischen Occupation erwies sich für die Kranken der Occupations-Armee eine Anzahl von Betten genügend, die etwa 10% der mobilisirten Truppen entsprach (Myrdacz a. a. O. S. 179). Wer daraufhin fussend bei einem Zukunftskriege jenen dort genügenden Belag ein- für allemal in Rechnung stellte, der könnte es vielleicht erleben, dass dieser zu einer gewissen Zeit an einzelnen Orten kaum für die Venerischen ausreicht.

Die Verwaltung einer mobilisirten Armee wird mit Bezug auf venerische Krankheiten zu berücksichtigen haben:

1. Die meteorologischen Verhältnisse, die Jahreszeit der Kriegsunternehmung.

2. Die Disposition der Armee (Rasse, Nationalität, Waffengattungen).

3. Die örtliche Verbreitung der venerischen Krankheiten am Kriegsschauplatz.

4. Deren Zuzug von aussen.

All diese Verhältnisse werden im Allgemeinen Anhaltspunkte für ein zu erwartendes Plus oder Minus der Erkrankungen bieten und im Vorhinein die Ausdehnung der Vorbauungsmassregeln bestimmen. Man wird es für zweckmässig erachten, die Armee bei Zeiten auf die Gefahr aufmerksam zu machen, und die Möglichkeit weisen, ihr zu begegnen. Man wird nicht unterlassen, Massregeln bei Zeiten aufzustellen, welche das Verhalten der Sanitätsorgane gegenüber der Seuche präcisiren. Wir wollen einige derselben näher beleuchten:

1. Selbstverständlich dürfen in den Operationsbereich nur geschlechtlich gesunde Individuen einrücken. Dafür ist bei Zeiten vorzusorgen durch genaue Einzelnuntersuchung jedes Mannes.

2. Periodische Untersuchungen der Mannschaft dürften auf manche Hindernisse stossen, welche, bedingt durch Dislocationsverhältnisse und die jeweilige Verwendung der Truppen sowie deren Aerzte, eine genaue Durchführung nicht erhoffen lassen. Uebrigens halten wir — unserer ganz unvorgreiflichen Ansicht nach — die periodische Massenuntersuchung auf venerische Krankheiten für recht irrelevant, so dass wir im Ausfall derselben den Entgang eines praktischen Werthes nicht missen würden.

3. Für besonders wichtig halten wir die disciplinarische Bestrafung — nicht nur Strafandrohung — von Verheimlichungen, und

4. für ebenso wichtig den sofortigen Abschub Venerischer ohne Ausnahme an Heilanstalten. Beides sowohl im Interesse der Betroffenen, als der Gesammtheit.

5. Es erübrigt noch die Stellung der Armee gegenüber der Prostitution. Ist sie schon im Frieden eine essentielle Nothwendigkeit, so wird sie im Kriege zum erhöhten Bedürfniss nicht nur im Interesse der Armee, sondern auch im Interesse der durch Einquartierung bedrohten Bevölkerung. So wenig schwer es ist festzustellen, dass es sich hier nicht mehr um das „was“ handeln kann, so schwer wird es, das Räthsel des „wie“ zu lösen. Hier werden sich Fälle ergeben, wo, wie bei der bosnischen Occupation, ad hoc Verfügungen getroffen und Verordnungen erlassen werden müssen, welche im Voraus oft gar nicht festzustellen sind. Im All-

gemeinen ist es nöthig, dass im Kriegsfalle im Rayon der mobilisirten Truppen der gesammte sanitätspolizeiliche Dienst von militärischer Seite abhängig gemacht werde. Wo bereits dafür Civilorgane bestehen, dürfte es genügen, sie den Militärstationscommandanten, beziehungsweise deren Sanitätsreferenten zu unterstellen und speciell militärischen Zwecken nutzbar zu machen. Auf den gegebenen Fall angewendet heisst dies:

Wo eine sanitäre Beaufsichtigung der Prostitution durch Civilbehörden beziehungsweise deren Organe besteht, wird sie in gleicher Weise fortgeführt, jedoch durch das Stationscommando, beziehungsweise dessen Hilfsorgane controlirt, eventuell directe geleitet. Wo jedoch eine Orts-Sanitätspolizei sich ungenügend erweist, oder überhaupt nicht besteht, da muss sie von militärischer Seite übernommen werden. Bezüglich der Prostitution sind dann folgende Massregeln einzuleiten:

1. Conscription, Evidenzführung, Beaufsichtigung der Prostituirten. Strafpolizeiliches Vorgehen gegen nicht conscribirte, gegen evident geführte und beaufsichtigte venerisch kranke Prostituirte, welche wissentlich die Ansteckung verbreiten.

2. Aerztliche Untersuchung der Prostituirten.

3. Aerztliche Behandlung der erkrankten Prostituirten.

Die Stellung einer mobilisirten Armee gegenüber der Prostitution, ist viel intimer als im Frieden. Hing sie sonst vorwiegend von der Legislative ab, so liegt im Kriege die ganze Initiative vorwiegend im Wirkungsbereiche der Heeresmacht. Die Sache ist jedoch sehr complicirt, und erfordert im gegebenen Falle ein sehr zielbewusstes Handeln nach gewissen allgemeinen Gesichtspunkten. Sie erfordert jedoch auch mannigfache praktische Vorbereitungen, die Anschaffung von Untersuchungsinstrumenten, Formularien für die Evidenz der diesbezüglichen Vorkehrungen u. s. w. Das sind lauter Schwierigkeiten, welche sich im letzten Momente weder umgehen, aber noch weniger über das Knie brechen lassen. Allgemeine Andeutungen, wie sie z. B. die deutsche Kriegssanitäts-Ordnung enthält, sind ungenügend. Dort heisst es (K. S. O. vom J. 1878. Neuer Abdruck. Berlin 1888) im ersten Bande, Anlage, Abtheilung III, Abschnitt 11: §. 48. 3. „In Städten mit öffentlichen Häusern ist mit der Ortsbehörde wegen Ueberwachung der Häuser und Untersuchung durch am Orte ansässige

Civilärzte in Verbindung zu treten, beziehungsweise die Beaufsichtigung von der Militärbehörde selbst in die Hand zu nehmen, oder Schliessung zu veranlassen.“ Was geschieht aber in Orten, wo keine öffentlichen Häuser, wohl jedoch Prostituirte bestehen? In welcher Weise hat die Militärbehörde, falls Civilärzte mangeln, das Ganze in die Hand zu nehmen? Das Alles will vorbedacht sein, ehe die Militärbehörde überhaupt die Zügel der Verwaltung ergreift, denn dann müssen alle Erledigungen sich Schlag auf Schlag abwickeln. Es ist deshalb nöthig, bereits im Frieden ein „Regulativ über die Beaufsichtigung der Prostitution für mobilisirte Truppen“ auszuarbeiten, welches eine rasche Instandsetzung aller nöthigen Vorkehrungen gestattet und einer der grössten Gefahren im Kriege im Voraus begegnet.

Rückblick.

Das allgemeine Resultat unserer Untersuchungen lässt sich kurz reassumiren.

1. Die venerischen Krankheiten, unter ihnen vorzugsweise die Syphilis, sind in den Armeen sehr verbreitet. Sie sind ein Krebsschaden derselben, welcher aller Anstrengungen bedarf, um eingedämmt zu werden.

2. Es gibt Mittel und Wege, die Verbreitung der venerischen Krankheiten in den Armeen einzudämmen.

3. Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in den Armeen hängt vorwiegend von der Prostitution ab.

4. Die Armee kann auf das Wesen der Prostitution nur im Kriege Einfluss nehmen. Im Frieden ist es Sache der Legislative, die Prostitution zu regeln. Die Regelung der Prostitution auf gesetzlichem Wege ist der Angelpunkt, von welchem aus in erster Linie die Verbreitung der venerischen Krankheiten in den Armeen beherrscht werden kann.

5. Die Vorkehrungen innerhalb der Armeen zur Eindämmung der venerischen Erkrankungen sind secundärer Natur.

6. Als solche Vorkehrungen empfehlen sich:

a) Fallweise Untersuchungen des Gesundheitszustandes im Sinne der bisher geübten Vorschriften.

b) Periodische Untersuchungen eventuell allmonatlich einmal jedoch in Form discreter Einzeluntersuchung.

c) Erweiterung und Vertiefung der Kenntnisse über das Wesen venerischer Krankheiten, deren Gefahr und Verhütung.

d) Disciplinarische Bestrafung von verheimlichten Ansteckungen.

e) Entsprechende Behandlung in Heilanstalten.

7. Entweder unzweckmässig oder unzureichend sind folgende Mittel:

a) Die bisher fast in allen Armeen geübte 14 tägige Massenvisitirung.

b) Behandlung Venerischer ausserhalb der Heilanstalten.

c) Abschreckungsversuche.

d) Strafen für eine erfolgte Ansteckung.

Literatur-Angaben.

1. Jahresbericht über die Veränderungen und Fortschritte im Militärwesen von Freih. v. Löbell. Berlin. Mittler u. S. Wichtig besonders Jahrgang 3 für 1876, 5 für 1878, 6 für 1879.

2. Deutsche militärärztliche Zeitschrift, redigirt von B. Leutholz. Generalarzt und G. Lenhartz, Stabsarzt. Berlin. E. S. Mittler und Sohn. Als Beilage:

3. Jahresberichte über die Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens, von Generalarzt W. Roth.

4. Adolf Zemanek. k. k. Regimentsarzt. Syphilis in ihrer Rückwirkung auf die Berufsarmeen. Wien 1887. Moritz Perles.

5. Alfred Fournier. Die öffentliche Prophylaxe der Syphilis. Uebersetzt von Edmund Lesser. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1888.

6. Isidor Neumann. Die Prophylaxis der Syphilis. Wien 1889. Beilage zur „Internat. klin. Rundschau".

7. Carl Szadek. Index bibliographicus Syphilidologiae. Hamburg und Leipzig. Leopold Voss. 1888.

8. Militärstatistisches Jahrbuch. Wien. Staatsdruckerei.

9. Die Verluste der im Jahre 1878 mobilisirten k. k. Truppen. Wien 1879. Staatsdruckerei. (Nr. 8 und 9 bearbeitet und über Anordnung des k. k. Reichs-Kriegs-Ministeriums herausgegeben von der III. Section des technischen und administrativen Militär-Comité.)

10. Paul Myrdacz, k. k. Regimentsarzt. Ergebnisse der Sanitätsstatistik des k. k. Heeres in den Jahren 1870 bis 1882. Wien 1887. Seidel und Sohn.

11. Derselbe. Sanitäts-Geschichte und -Statistik der Occupation

Bosniens und der Hercegovina im Jahre 1878. Wien und Leipzig 1882. Urban und Schwarzenberg.

12. Derselbe. Sanitäts-Geschichte der Bekämpfung des Aufstandes in der Hercegovina, Südbosnien und Süddalmatien im Jahre 1882. Wien 1885. Seidel und Sohn.

13. Derselbe. Die Verbreitung der zu Kriegsdiensten untauglich machenden Gebrechen der Wehrpflichtigen in Oesterreich-Ungarn. Mit drei colorirten Karten. 26 S. (VI. Congress für Hygiene und Demographie zu Wien. Arbeiten der demographischen Section 4. I.) Wien 1887.

14. Fr. Strasser und J. Krügkula. Graphische Darstellungen zur Sanitäts-Statistik des k. k. Heeres im Jahre 1887 in 12 Tabellen.

15. Statistischer Sanitätsbericht über die k. k. Kriegs-Marine. Im Auftrage des k. k. Reichs-Kriegs-Ministeriums.

16. Josef Schrank. Die Prostitution in Wien. Wichtig der 2. Band: Die Administration und Hygiene der Prostitution in Wien. Wien 1886. Selbstverlag.

17. Statistischer Sanitätsbericht über die königlich preussische Armee und das 13. (königlich württembergische) Armeecorps. Für die Jahre 1870, 1871, 1872 und das erste Vierteljahr 1873 ausschliesslich des Kriegsjahres 1870/71. Bearbeitet von der Militär-Medicinalabtheilung des königlich preussischen Kriegsministeriums. Derselbe für den Zeitraum vom 1. April 1873 bis 31. März 1874, 1877/78, 1878/79, 1880/81, 1881/82. Letzterer erschien 1884.

18. Jahrbuch für die amtliche Statistik des preussischen Staates. Berlin 1876. Im zweiten Theil ein kurzer Sanitätsbericht über die preussische Armee, das 12. (kgl. sächsische) und 13. (kgl. württembergische) Armeecorps während der Jahre 1873, 1874.

19. Sanitätsbericht über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich. 1870/71. Herausgegeben von der Militär-Medicinalabtheilung des kgl. preussischen Kriegsministeriums, unter Mitwirkung der Militär-Medicinalabtheilung des kgl. bayerischen Kriegsministeriums, der kgl. sächsischen Sanitätsdirection und der Militär-Medicinalabtheilung des kgl. württembergischen Kriegsministeriums. Für unsere Frage wichtig Band II.

20. Karl Seggel, kgl. bayerischer Bataillonsarzt. Krankenbewegung bei dem kgl. bayerischen I. Armee-Corps während des deutsch-französischen Krieges 1870/71.

21. Hermann Frölich, kgl. sächsischer Oberstabsarzt I. Cl. Geschichte des kgl. sächsischen Sanitäts-Corps. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1888.

22. Statistischer Sanitätsbericht über die kaiserlich deutsche Marine für den Zeitraum vom 1. April 1877 bis 31. März 1878. (1878/79/80/81/82.) Auf Befehl Sr. Excellenz des Herrn Chefs der Admiralität zusammengestellt.

23. Statistique médical de l'armée pendant l'année 1865—1880. Paris. Appendice au compte rendu sur le service de recrutement de l'armée.

24. Mauriac. Dimunition de maladies venériennes dans la ville de Paris depuis la guerre 1870/71. Gaz. des hôpit. 17 août 1875, p. 762.

25. Statistischer Sanitätsbericht über die kaiserlich russische Armee. Unter Leitung des Generalinspectors für das Militär-Medicinalwesen bearbeitet. Russisch.

26. Statistique médicale de l'armée belge. 1880—1885. Bruxelles.

27. Statistisch overzicht der bij het Nederlandsche leger in het jaar..... behandelde Zieken. S'Gravenhage.

28. Ministro della guerra. Consiglio superiore di sanita militare. (Commissione statistica.) Notizie della statistica dell esercito per l'anno...

29. Army Medical departement. Report for the year.... Presented to both houses of Parliament by command of Her Majesty. London.

30. Annual Report of the Registrar-general of birth, deads and marriages, in England. Presented to both houses by command of Her Majesty. London. (Im Vorberichte Uebersichten über die Army and Navy.)

31. Inspector General Robert Lawson: On the influence of Contagious Diseases Acts on the prevalence of venereal affections armong the Troops serving in the United Kingdom. Transactions of the International medical congress, seventh session, held in London, August 2 d to Sept. 1881. Vol. II. p. 548.

32. The Contagious Diseases Acts. The Lancet. 1886. Jan. 2, p. 23.





Eichhoff: Zur Aetiologie der Sklerodermie.

Druck v. Th. Bannwarth, Wien

Aus den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

Zur Aetiologie der Sklerodermie.

Von

Dr. P. J. Eichhoff,

Oberarzt der Station für Hautkrankheiten und Syphilis in den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

(Hiezu Tafel XXIII.)

Der im Nachfolgenden mitgetheilte Fall scheint mir geeignet, wenigstens eine Art der Entstehung des Sklerems darzuthun, und daher als Beitrag für die Aetiologie der Krankheit einer Mittheilung und Deutung werth zu sein.

Den mir von einem auswärtigen Collegen übersandten Patienten J. P. nahm ich am 14. Mai 1889 auf meine dermatologische Abtheilung auf.

Die Anamnese ergab Folgendes: Patient ist im Jahre 1854 geboren und diente 1876—1879 als Infanterist. Ausser den gewöhnlichen Kinderkrankheiten hat ihn niemals irgend ein anderes Leiden heimgesucht, weder in seiner ersten Jugend, noch später bis zu seiner Militärzeit. Beide Eltern leben noch und sind gesund; der Vater ist ein 63jähriger Fabrikarbeiter, die Mutter ist 54 Jahre alt. Eine Schwester und zwei Brüder leben auch als gesunde Menschen; zwei Geschwister starben angeblich an Lungenentzündung. Seit 1880 ist Patient, welcher auch Fabrikarbeiter ist, mit einer gesunden Frau verheiratet. Das einzige Kind dieser Ehe starb 1881, 4 Monate alt, an Brechdurchfall.

Der Beginn des jetzigen Uebels datirt seit dem Jahre 1879, dem letzten Militärdienstjahre des Kranken.

Nachdem die Nägel der Finger schon längere Zeit verdickt und rissig gewesen waren, auch periodisch unter denselben Geschwürsbildung sich gezeigt hatte, stellte sich allmälig eine Röthung der Haut der Finger ein, verbunden, und zwar im Sommer, mit einem starken subjectiven Kältegefühl, so dass Patient, der damals Tambour war, kaum die Trommelschlägel noch festhalten konnte. Nachdem der Kranke vom Militär entlassen und schon ein Jahr zu Hause gewesen, während welcher Zeit das obenerwähnte Kältegefühl nicht gewichen war, sondern sich im Gegentheil noch mehr ausgebildet hatte, trat allmälig eine Spannung in der Haut der Finger ein, als wenn sich dieselben verkürzen wollten. Bald nachher fing das Nagelglied des rechten Daumens unter dem Nagel stärker zu eitern an, die Daumenspitze wurde schwarz und brandig, und es trennte sich ein ganzes Stück dieser kranken Haut von dem Daumen ab, so dass ein Stück Knochen des letzten Daumengliedes herausstand und entfernt werden musste, worauf die Wunde schnell verheilte. Nach und nach wurden auch an den Nägeln der übrigen Finger die Ulcerationen häufiger und stärker, ohne dass es jedoch wieder zur Gangränbildung kam, mit Ausnahme des rechten Mittelfingers, an dem sich auch ein Theil der dritten Phalanx ablöste.

Von Zeit zu Zeit stellten sich in den Fingern furchtbare Schmerzen ein, die oft 3 bis 4 Wochen Tag und Nacht gleich heftig anhielten, so dass Patient gar nicht schlafen konnte. Diese Schmerzen strahlten bis hoch in die Arme hinauf aus.

Unter den Nägeln setzte sich eine dicke, hornartige Masse fest, das Nagelbett selbst wurde durch die häufigen Ulcerationen narbig verkürzt, und die Nägel an den meisten Fingern krallenartig nach vorne gebogen.

Die einzelnen Finger stellten sich immer mehr in eine Beugestellung, so dass eine krallenförmige Stellung derselben zu Stande kommt. Das Kältegefühl dauerte an, die Haut wurde allmälig immer kürzer und härter, die Finger dünner, die Beweglichkeit derselben immer schlechter; wenn kalte Aussentemperatur herrscht, nimmt die Haut eine ganz blaue Farbe an.

Die Schmerzen stellten sich hin und wieder auch noch ein, so dass der Kranke zeitweise arbeitsunfähig ist.

In letzter Zeit bildet sich an den Zehen beider Füsse das-

selbe Leiden aus, mit den gleichen Symptomen, wie an den Fingern. Auch wird das Gesicht allmälig etwas kleiner, die Nase spitzer und scheinbar länger, die Haut im Gesicht gespannter und härter.

Der Status praesens bei der Aufnahme war folgender: Patient sieht seinem Alter von 35 Jahren entsprechend genährt aus. Der Gesichtsausdruck ist in geringem Grade matt und apathisch, was dadurch hervorgerufen wird, dass die Haut über der Nase und den Wangen etwas gespannt und fest ist, wodurch das natürliche Minenspiel unmöglich wird. Die Haut der spitzen Nase fühlt sich kalt an.

Das auffälligste Bild bieten die Hände dar. Die Finger beider Hände sind in allen Interphalangeal- und theilweise auch in dem Metacarpo-Phalangealgelenk gebeugt und in dieser Stellung fixirt. Eine active und passive Streckung derselben ist unmöglich. Die Hände bekommen dadurch das Aussehen einer Greifenklaue. Die Nägel der einzelnen Finger sind theilweise verkrüppelt und verkümmert, theilweise krallenförmig über die Fingerkuppe gezogen. Unter allen Nägeln findet man eine hornige feste Masse zwischen Nagel und Nagelbett eingelagert; die Nagelsubstanz selbst ist stellenweise rissig und spröde. Unter den Nägeln und um dieselben herum gewahrt man viele kleine Narben und auch an einigen noch bestehende frische Ulcerationen. Daumen und Mittelfinger der rechten Hand zeigen verkürzte äussere Phalangen; die der übrigen Finger sind aber nicht gegen die Norm verkleinert.

Die Haut sämmtlicher Finger ist bis auf die Mittelhand hinauf glatt, glänzend, hart und verkürzt, so dass die einzelnen Finger abnorm dünn erscheinen. Das Fettgewebe unter der Haut ist geschwunden, und letztere scheint dem Knochen fest anzuliegen, an einigen Stellen sogar wie mit demselben verwachsen zu sein. Keine Furche oder Runzelung gewahrt man auf der aalglatten Fingerhaut; und dieselbe in Gestalt einer Falte aufzuheben ist unmöglich. Wie kalter Marmor fühlt sich die glatte Haut an, deren Färbung gewöhnlich weisslich roth ist. Nur wenn die Aussentemperatur niedrig steht, dann verändert sich die Farbe in ein cyanotisches Blau. Trotz der subjectiven Kälte schwitzen die Hände und Finger oft sehr profus.

Die letzten Fingerglieder sind durch die mehr weniger starken Narbencontractionen theilweise keulenartig abgerundet.

Von Zeit zu Zeit stellen sich immer noch die bis in die Oberarme hinauf ausstrahlenden, ziehenden Schmerzen ein, vor denen Patient eine grosse Furcht hat. Aber auch in den schmerzfreien Intervallen ist die Sensibilität der Haut an Fingern und Händen nicht nur nicht gestört, sondern sie erscheint im Gegentheil gegen die Norm erhöht, so dass die feinsten Berührungen mit sehr zarten Gegenständen, z. B. mit einer Feder, genau empfunden und auch richtig localisirt werden.

Die ganze Affection hat sich bis zur Mittelhand verbreitet, und ist nach Aussage des Patienten im Vorwärtsziehen begriffen.

Des ganzen übrigen Körpers Oberfläche ist normal, mit Ausnahme der Zehen beider Füsse, an welchen seit Kurzem der gleiche Process sich eingefunden und auch schon Fortschritte gemacht hat.

In grossen Zügen ist dies das allgemeine Krankheitsbild des Falles, zu dessen klarerer Vorstellung wir noch eine Photographie beifügen.

Was nun die Diagnose anbelangt, so war es uns von grossem Werth, die Affectionen der Nägel, an welchen ja das Uebel seinen Anfang genommen, und wo es auch jetzt noch in Form von Ulcerationen und hornigen Ansammlungen unter den Nägeln sich manifestirte, richtig zu deuten.

Von den verschiedenen Nägeln schnitt ich kleine Stücke ab, legte sie einige Stunden in eine 10procentige Kalilaugelösung und brachte sie dann bei 500facher Vergrösserung unter das Mikroskop. Was ich vermuthet hatte, bot sich denn auch im ersten Präparate als schönes Bild dar. Die ganze Nagelsubstanz war durchsetzt mit einem dem Achorion Schönleinii congruenten Pilz mit vielfach verzweigtem Mycel und haufenweiser Anordnung kleiner Sporen.

Die Diagnose lautete demgemäss:

Onychomycosis favosa und consecutive Sclerodermia partialis (manuum, pedum, faciei).

Die Therapie stellte sich vorab die Aufgabe, das Grundleiden zu behandeln und war deshalb eine antiparasitäre.

Was von den Nägeln zu entfernen war, wurde weggeschnitten und darauf die ganzen Nagelglieder aller Finger mit einer 10-procentigen Pyrogallussäuresalbe verbunden. Diese Application wurde dreimal im Tage nach jedesmal vorausgegangener Waschung mit 5procentiger Salicylkaliseife erneuert und so lange fortgesetzt, als Patient es wegen der Schmerzen ertragen konnte, etwa 10 Tage lang. Dann wurde intercurrent eine leichte Borsäuresalbe aufgelegt, und nach Heilung der Aetzulcerationen und Abstossung des schwarzen Pyrogallusschorfes die Cur wieder von Neuem begonnen.

Die Behandlung wurde in diesem Sinne vom 14. Mai bis zum 6. Juli fortgesetzt. Darauf entliess ich den Kranken aus der klinischen und nahm ihn noch weiter in ambulante Behandlung. Der Erfolg der Cur ist ein sehr zufriedenstellender und günstiger.

Die Ulcerationen sind alle verheilt, und die Nägel kommen in fast normaler und regelmässiger Gestalt, Farbe und Consistenz wieder zum Vorscheine.

Die Schmerzen, welche sich früher mindestens im Verlaufe einiger Wochen einige Male einstellten und den Kranken Tag und Nacht quälten, haben sich seit seinem Krankenhausaufenthalt, der jetzt schon circa ein halbes Jahr hinter uns liegt, nicht wieder eingestellt, zur grossen Freude des Mannes.

Die Nägel zeigen vorläufig keine Pilzwucherungen mehr.

Auch die Sklerodermie scheint sich zurückzubilden, indem die Beweglichkeit der einzelnen Finger, sowohl activ, als auch passiv, um ein Bedeutendes zugenommen hat; das Kältegefühl ist ebenfalls nicht mehr so stark ausgeprägt, und die Haut zeigt wieder Ansätze zu kleinen Runzeln und Faltenbildungen, bekommt auch eine normale Färbung und Temperatur wieder.

Vom Morgen bis Abend verrichtet der Kranke nun seine nicht gerade leichte Arbeit in der Fabrik, ohne Schmerzen und Beschwerden.

Ich habe ihm als Nachcur tägliche Einreibungen der Hände, Füsse und der Gesichtes mit einer 5procentigen Salicylsäuresalbe und innerlich Natr. salicyl.-Pillen verordnet.

Natürlich bedarf der Fall noch einer sorgfältigen längeren Beobachtung, insbesondere wegen etwaiger Recidive von Favus

der Nägel; aber die bisherigen Erfolge sind ermuthigend und lassen die begründete Hoffnung auf eine vollständige Heilung sowohl der Onychomycosis favosa, als der consecutiven Sclerodermia partialis zu.

Wie schon oben angedeutet, bringe ich nämlich beide Krankheiten in einen ursächlichen Zusammenhang und halte sie durchaus nicht für von einander unabhängige, zufällig zusammen vorgefundene Affectionen der Haut. Die Erkrankung der Nägel hat zuerst bestanden und sich während der ganzen Dauer der Krankheit — nahezu zehn Jahre lang — gehalten und weiter entwickelt, so dass sie heute, d. h. bis zum Beginne der Cur, noch Ulcerationen der Haut und Wucherungen der Nagelsubstanz hervorruft, auch in Bezug auf ihren Charakter als Mycosis favosa noch deutlich und sicher nachgewiesen werden kann.

Es ist nun plausibel und nicht schwer zu verstehen, dass diese chronische Reizung durch einen so energischen Pilz, wie es ja bekanntlich der Favuspilz ist, der auf der Kopfhaut fast aller Behandlung und Mühe spottet, zumal an einem sensitiv so empfindlichen und mit so feinen und verschiedenen nervösen Apparaten ausgestatteten Orte, wie es die Fingerspitzen und das Nagelbett sind, eine heftige Reaction hervorruft, welche sich bei dem Anhalten des Reizes auch als eine chronische etablirt.

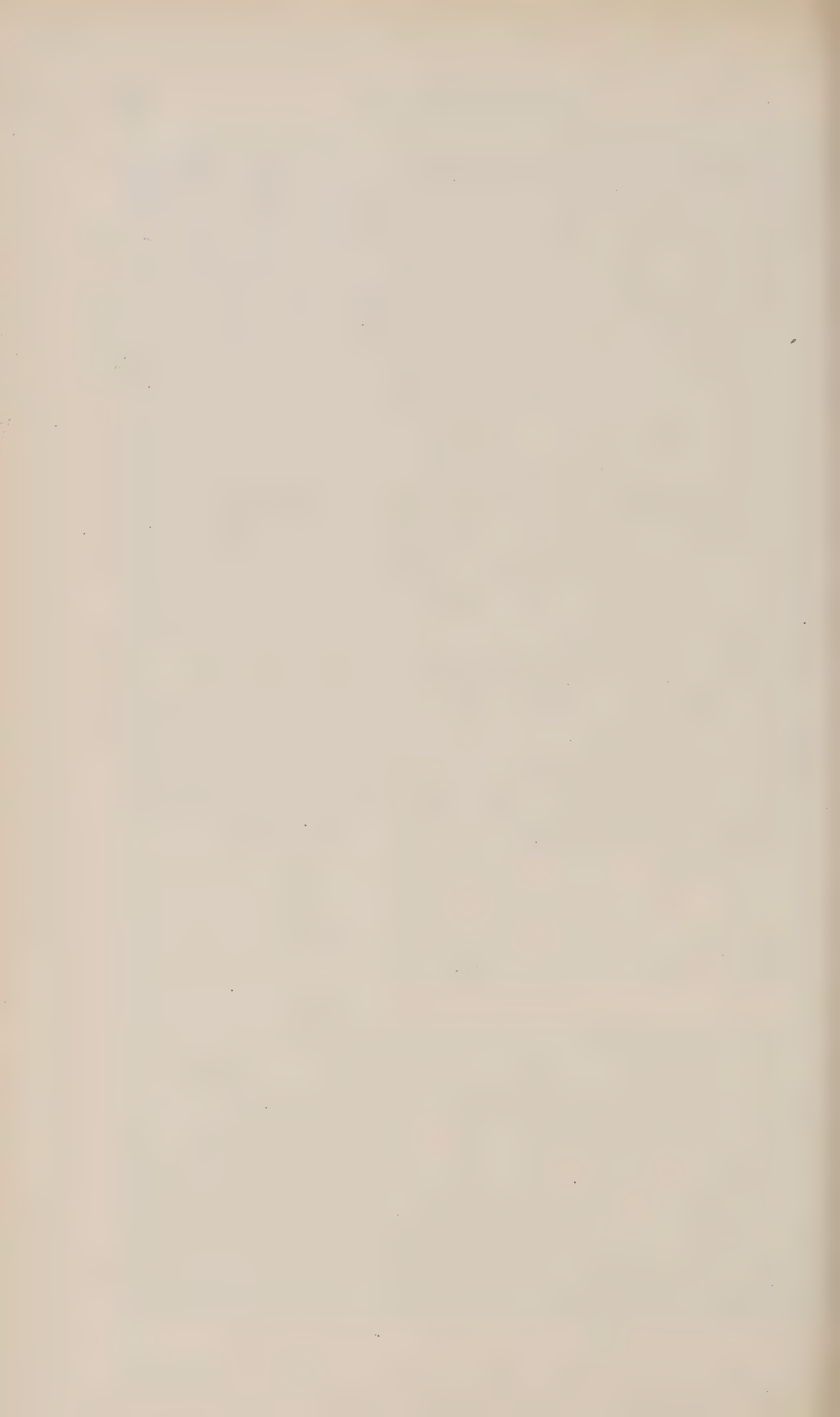
Wie durch eine einfache, irgend einen Nerven comprimirende Narbe eine Neuritis ascendens entstehen kann, welche wiederum die Lähmung und Atrophie einer ganzen Extremität, wenn nicht gar eine totale Myelitis nach sich zu ziehen vermag, so sind auch schon Narben als Ursache von Sclerodermie früher beobachtet und beschrieben worden.

Um Vieles eher nun, als die Folge eines abgelaufenen Processes, eine Narbe, kann meiner Ansicht nach eine permanente, frische und anhaltende Entzündung und Irritation durch den Favuspilz in den Nervenbahnen und nervösen Apparaten der Finger eine solch heftige Alteration hervorrufen, dass das Centralorgan darauf reflectorisch antwortet, mit einer quasi trophoneurotischen Störung nicht nur im Bereich der ursprünglich gereizten Stelle, sondern auch an anderen Partien der Haut. Dass in unserem Falle eine immense Nervenreizung bestand, und zwar lange Zeit bestand, dafür sprechen die grossen Schmerzen, von denen uns Patient

berichtet, die in 10 Jahren mit kurzen Intervallen stets wieder auftraten und von den Fingern bis hoch in die Arme hinauf ausstrahlten, Tage und Nächte hindurch anhaltend und den Kranken quälend. Wie diese reflectorische Wirkung im Nervencentrum zu Stande kommt, und wie dasjenige, was wir Trophoneurose nennen wollen und was in unserem Falle die Sklerodermie ist und bedeutet, pathologisch-anatomisch zu erklären ist, darüber fehlen uns bei der lückenhaften Kenntniss der Anatomie jener Centralorgane noch alle Aufschlüsse und Erklärungen.

Wir wollen uns für heute damit begnügen, constatirt zu haben, dass eine chronisch verlaufende, unbehandelte Onychomycosis favosa im Stande ist, eine Sklerodermie als Folgekrankheit nach sich zu ziehen. Es ist dieser Nachweis einer bestimmten ätiologischen Ursache jener verhängnissvollen Krankheit „Skleroderma" gewiss in vielen Fällen auch von Belang und Wichtigkeit für die Therapie des Leidens, indem mit dem richtigen Erkennen und Behandeln des Grundleidens auch die Folgekrankheit zum Stillstand kommt, oder sogar sich zurückbildet.

Es steht uns natürlich fern, daran zu denken, dass alle Fälle von Sklerem auf der eben erörterten Grundlage, oder einer ähnlichen ätiologisch beruhen. Wir sind im Gegentheil überzeugt, dass die Ursachen jenes Leidens sehr mannigfache sein können, dass zu ihnen aber zu zählen ist die Onychomycosis favosa.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

I.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, path. Anatomie, allg. und exper. Pathologie und Therapie.

1. **Mibelli.** Di un metodo semplice per la dimostrazione delle fibre elastiche nella pelle. — Monitore Zoolog. Ital. 1890, Nr. 1.
2. **Eichhoff** P. J. Ueber die dermatotherapeutische Wirksamkeit einer neuen Jodverbindung des Aristol. — Monatsh. f. prakt. Derm. 1890, Nr. 2.
3. **Gadde** Beitrag zur äusseren und inneren Anwendung des Ichthyols. — Therap. Monatsh. 1890, Nr. 3.
4. **Bräutigam** Z. und **Nowack.** Erregt Perubalsam Nephritis? — Centralbl. f. klin. Med. 1890, Nr. 7.
5. **Schwimmer.** Die äusserliche Anwendung des Thiols bei Hautkrankheiten. — Therap. Monatsh., April 1890.

Mibelli (1) empfiehlt folgendes Tinctionsverfahren, welches sich zur Demonstration der in der Haut verlaufenden elastischen Fasern besonders eignet. Die zu untersuchenden Hautschnitte werden in eine Färbungsflüssigkeit gebracht, die aus einer Mischung nachstehender zwei Lösungen besteht: 1. Safranin 0·5, heisses Wasser (80° C.) 50·0. 2. Safranin 0·5, 90grädiger Alkohol 50·0. In dieser Mischung bleiben die Schnitte durch 36—48 Stunden liegen, worauf sie wiederholt in angesäuertem Alkohol (Alkoh. absolut. 100, Acid. hydrochlor. gutt. 10) gewaschen und in reinem absoluten Alkohol entwässert werden. Nun gibt man sie in Bergamottöl und schliesst sie zuletzt in Dammarlack ein. In den nach dieser Methode gefärbten Hautschnitten treten die elastischen Fasern durch ihre amaranthviolette Farbe sehr markant hervor, während die übrigen Elemente der Haut entweder ganz ungefärbt bleiben, wie die Bindegewebsbündel, oder ein lebhaft rothes Colorit annehmen, wie die Haare und die Hornschicht der Epidermis; die epithelialen Elemente der Drüsen und die Malpighi'sche Schicht erscheinen in verschiedenen Abstufungen violett gefärbt.

Dornig.

Eichhoff (2). Das Präparat „Aristol" stammt aus der Farbenfabrik Bayer & Comp. in Elberfeld, und die Angaben über die chemischen und pharmakodynamischen Eigenschaften desselben rühren vom Chemiker Dr.

Goldmann her. Der Körper fällt als rothbrauner Niederschlag aus einer Lösung von Jod in Jodkalium, die mit einer alkalischen Thymollösung versetzt wurde, aus. Er ist unlöslich in Alkohol, Glycerin und Wasser; leicht löslich in Aether und fetten Oelen. Aus Aether kann er durch Alkohol wieder ausgefällt werden. Eichhoff versprach sich eine doppelte Wirkung von diesem Stoffe, entsprechend seiner Thymol- und Jodconstitution, und hoffte diesen Arzneistoff dem Jodoform substituiren zu können. Das Aristol kam zur Anwendung bei Ulcus cruris, Eczema parasit., Ulcus molle, Lupus exulcer. faciei, Psoriasis und Mycosis trichophytina. Eichhoff kommt zu folgenden Schlusssätzen: Das Aristol ist ein in allen Fällen unschädliches Medicament. Es beeinflusst die Geschwürsprocesse in günstiger Weise, ohne in den Kreislauf überzugehen; bei Ulcus molle liess es im Stiche; bei Lupus war die Wirkung auffällig rasch; bei Psoriasis wirkt es langsamer als die übrigen souveränen Mittel. Bei parasitären Hautaffectionen wirkt es so sicher wie die übrigen Stoffe. Es kann als 5—10% Salbe, oder als ätherische Lösung applicirt werden. (Die seitherigen Versuche mit dem Mittel sollen in einem späteren Referate vorgeführt werden. Red.) Horovitz.

Gadde (3) hat von der äusserlichen und innerlichen Anwendung des Ichthyols gute Erfolge gesehen. Bei der erythematösen Form der Acne rosacea, chronischer Urticaria, Purpura, Erythema nervosum und bei Perniomen. Beim Herpes zoster meint Gadde, bei innerem Gebrauch des Mittels, ein schnelleres Eintrocknen der Bläschen beobachtet zu haben; ebenso wie er beginnende Panaritien durch Einreibung mit 50% Ichthyol-Lanolinsalbe einige Male an weiterer Entwickelung verhindert zu haben glaubt. O. Rosenthal.

Bräutigam und Nowack (4) prüften an 22 leicht Erkrankten die Wirkung des Perubalsams auf die Nieren bei Darreichung per os, subcutaner Application und Einreibungen auf die Haut. Trotzdem bis 11 Gr. pro diem gegeben wurden, trat in keinem Falle Albuminurie auf. Anders lautende Beobachtungen (Litten, v. Vomosy) werden auf Verunreinigung des Präparats mit ätherischen Oelen bezogen, die echter Perubalsam überhaupt nicht enthalten soll. Hans Stern.

Das Thiol, das vor dem Ichthyol den Vorzug hat, völlig geruchlos zu sein, und das sowohl von der Haut als aus der Wäsche ziemlich gut zu entfernen ist, wurde von Schwimmer (5) in wässeriger Lösung (10:30 Aq. dest.) bei verschiedenen Erythemformen, Dermatitis herpetiformis, Herpes zoster, Acne rosacea et vulgaris faciei, bei papulösem und nässendem Eczem und bei Verbrennungen mit gutem Erfolge angewendet. Im Allgemeinen wurde die Lösung zweimal täglich aufgepinselt, und nach 2 bis 3 Tagen die afficirte Zone mit reinem Wasser abgewaschen. Bei Erythema exsudativum multif. wurde hinterher Thiolpulver (Thiol. sicc. pulv.) aufgestreut. Bei Eczema rubrum hatte das Salbenpräparat (Thiol. liquid. 2·0, Axung. porc. 20·0) eine der Hebra'schen Salbe vollständig gleiche Wirkung. O. Rosenthal.

Anomalien der Secretion und des Secretionsapparates.

1. **Barié** E. Sur un cas de chromidrose jaune (gelber Schweiss) cataméniale, alternant sur les deux mains. — Ann. de derm. et de syph., Dec. 1889.
2. Ueber weitere mit der Chromsäurebehandlung der Fussschweisse in der Armee gemachte Erfahrungen. — Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1890, H. 5.

Barié (1) berichtet über einen Fall von Chromidrosis bei einer 24jährigen Frau. Diese, verheiratet, Mutter dreier lebender Kinder, ist sonst gesund und lässt sich bei ihr eine Erkrankung der inneren Organe nicht nachweisen. Patientin beobachtet seit einigen Monaten, dass zur Zeit der Menses abwechselnd, das eine Mal die rechte, das andere Mal die linke Hand, Handrücken und Handteller, ausgesprochen dunkel braungelbe grössere Flecken erhalte, welche die ganze Zeit der Menses persistiren, und mit diesen verschwinden, sich aber mit der Periode einstellen. Niemals waren beide Hände zugleich befallen, sowie auch niemals eine andere Hautstelle in derselben Weise erkrankte. Mit der Verfärbung der Haut stellen sich auch Schwindelanfälle, sowie Sehstörungen ein. Die Kranke sieht weniger scharf, wie umschleiert; die Esslust wird geringer. Diese Erscheinungen schwinden ebenfalls mit der Periode. Die verfärbte Hand ist auch der Sitz einer auffallend vermehrten Schweissabsonderung. Durch die Verfärbung nimmt die Haut das Aussehen an, als wäre sie mit einer leichten Schicht Jodtinctur oder Opiumtinctur bestrichen. Zumeist war die Palma manus in toto, sowie die Innenseite der Finger befallen; die isolirten, meist kreisrunden Flecken finden sich an einzelnen Fingern zerstreut. Am übrigen Körper zeigt sich keine Spur von Colorirung. Reibt man die kranke Hautpartie recht kräftig mit einem reinen weissen, mit Wasser benetzten Tuche, so erhält man auf diesem eine leichte, dünne, blassbraune Schicht. Bedient man sich jedoch bei dieser Manipulation einer in Oel getauchten Compresse, mit welcher die Flecken ganz energisch gerieben werden, so bemerkt man, dass die Chromidrosis ganz schwindet, und dass das Tuch stark tingirte Flecken, wie Rostflecken, aufweist, welche noch am selben Tuche mit verdünnter Schwefelsäure behandelt, bei leichter Erwärmung eine fast schwarze Farbe annehmen. Lässt man die befleckte Compresse trocknen, so kann man durch leichtes Abkratzen diese Rostflecken entfernen. Man erhält einen schwarzbraunen Staub, welcher sich unter dem Mikroskope als kleine, amorphe, stark gefärbte Fragmente, welche mit Epidermismassen gemischt sind, erkennen lassen. Bis zur Zeit, als Barié die Kranke sah, war bereits durch vier Monate, also viermal die Erscheinung der Chromidrosis aufgetreten.

W. Pollak.

(2) Während des Jahres 1889 sind in der preussischen Armee circa 36.000 an Fussschweiss leidende Soldaten der Chromsäurebehandlung unterworfen worden, und zwar in der Weise, dass meist Wattebäusche (besser Borstenpinsel) mit einer 5%igen, in den geringeren Erkrankungsgraden 2—3%igen, Chromsäure getränkt, auf den zuvor sorgfältig von Schmutz und Fett gereinigten Fuss applicirt wurden. Sind Schrunden an den Füssen vorhanden, so tritt stärkere entzündliche Reaction ein, Anschwellung des Fusses, Lymphangitis, sowie bläschenförmiges Exanthem; aber auch bei unversehrter Epidermis wurde ein Mal Albuminurie beobachtet, gelegentlich vermehrte Schweisssecretion am Kopf und Rumpf, sowie Gelbsehen. Der Erfolg ist in den leichten Formen ein eclatanter, selbst bei einmaliger Application; manche der schwereren Formen werden freilich durch Salicylpräparate besser beeinflusst, andere trotzen aller Behandlung. 59·4% der Gesammtzahl von Fussschweisskranken wurden durch Chromsäure geheilt, 33·1% gebessert und nur 7·5% blieben ungeheilt. Hans Stern.

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

(Infectiöse Entzündungsprocesse.)

1. **De Rosa.** Cura profilattica della scarlattina. — Giorn. internaz. delle scienze med. 1890, Nr. 3.

2. **Dieci.** Corea in seguito a scarlattina. — La rassegna di sc. med. 1889, Nr. 7.
3. **Morelli.** Pustola maligna — cauterizzazione, guarigione. — Il Morgagni. 1890, Nr. 2.
4. **Raymond** P., Les altérations cutanées de la pellagre. La pellagre en Autriche. Ann. de derm. et de syph. Juli 1889.
5. **Michelson.** Ueber Tuberculose der Nasen- und Mundschleimhaut. (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. XVII. Supplementheft.)
6. **Häberlein.** Fall von Lupus hypertrophicus et perforans. — Arch. f. Gynäkol., 37 Bd., Heft I.
7. **Leloir.** Le lupus de la langue. — Ann. de derm. et de syph., Paris Novemb. 1889.
8. **Trousseau** A. Einimpfung von Lupus in das Kaninchenauge. — Wochensitzung der Aerzte des Hôpit. St. Louis, Paris, April 1889.
9. **Feulard.** Lupus erythémateux ou tuberculose de la lèvre inférieure. — Wochensitzung der Aerzte des Hôpit. St. Louis, Paris, Juni 1889.
10. **Cremer** C. L. Lepra in Gravataly, Brasilien. — Deutsche Med.-Ztg. 1890, Nr. 1.
11. **Zuriaga.** Quelques faits de plus indiquant la possibilité de la contagion de la lèpre. — Ann. de derm. et de syph., Juli 1889.
12. **Baude** E. A propos d'un cas de lèpre observé à Lille. — Ann. de derm. et de syph., Paris 1889.
13. **Gamberini.** Della lebbra. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1890, Nr. 1.
14. **Danielssen.** Bericht aus der Lepra-Heilanstalt Lungegaard 1886—1888. — Norsk Magaz. for Laegevidenskaben. 1889, 7 u. 8.

De Rosa (1) sieht in der Salicylsäure ein wirksames Prophylacticum der Scarlatina, denn unter 66 Kindern, welche mit Scharlachkranken in Verkehr standen und welchen er täglich 0·10—0·30 Acidum salicylicum verabreichen liess, blieben 63 von der Infection verschont. Wie De Rosa ausdrücklich bemerkt, hängt der Erfolg der von ihm empfohlenen prophylaktischen Cur davon ab, dass die Salicylsäure möglichst frühzeitig, täglich, in hinreichender Menge und so lange angewendet wird, als die Gefahr einer Ansteckung besteht. Dornig.

Dieci (2). Bei einem 6jährigen Kinde traten im Desquamations-Stadium des Scharlachs schmerzhafte Schwellungen der Ellbogen- und Kniegelenke, später auch der Hand- und Fussgelenke auf. Nach 8 Tagen liessen die Gelenksschmerzen nach, dafür stellten sich uncoordinirte, unwillkürliche Bewegungen der Extremitäten, des Kopfes und Rumpfes ein; der Gang war erschwert und schwankend, das Kind wurde sehr unruhig und reizbar. Da man Helminthiasis vermuthete, wurden Wurmmittel verordnet, doch ohne Erfolg. Die Verabreichung von Bromsalzen führte Heilung herbei. Da nach der Ansicht Dieci's die Chorea weder auf Rechnung des Rheumatismus, noch einer etwaigen Helminthiasis gesetzt werden konnte, da weder eine hereditäre neuropathische Anlage, noch eine Herzaffection bestand, welche etwa mittelbar durch Reizung der Nervi phrenici die Chorea hervorgerufen hätte, glaubt Dieci für die Chorea lediglich das Scharlach-Virus verantwortlich machen zu müssen, welches sich somit ausser in den Nieren und den Gelenken auch im Nervensystem localisiren könne. Dornig.

Morelli (3) befürwortet die Zerstörung des Milzbrandcarbunkels mittelst des Glüheisens, welche Behandlungsmethode den in neuerer Zeit von vielen Seiten empfohlenen subcutanen Carbolinjectionen unbedingt vorzuziehen sei. Dornig.

Raymond (4) acceptirt die von den österreichischen Aerzten angeführten genetischen Momente der Pellagra und weist mit ersteren die infectiöse Natur des Leidens als nicht erwiesen ab. Seine Schilderung des klinischen Verlaufes der Krankheit basirt auf jener der österreichischen Autoren. Das Hauptaugenmerk richtete er auf die mikroskopische Untersuchung der Pellagra. Er untersuchte ein Hautfragment, welches dem Handrücken eines alten Pellagrakranken entstammt. Es handelt sich hier um ein atrophisches, pergamentartiges Hautstück, das die Veränderung in der dritten Periode der Krankheit darbietet, welche sich durch Atrophie, pigmentartige Entartung der Haut und Schwund des subcutanen Zellgewebes markirt. Bei schwacher Vergrösserung fällt die Verdünnung der Epidermis, die beträchtliche Dimension der Hornschichte und das Fehlen der Papillen auf. Bei stärkerer Vergrösserung werden alle diese Details sichtlicher unbestimmter, wie sich auch ein leichter Congestions- und Irritationsprocess nachweisen lässt. Haarfollikel und Drüsen sind intact. Die Nerven sind vollständig normal. Das Myelin ist nicht fragmentirt, Nervenscheide und deren Inhalt sind nicht verändert. Das Bindegewebsnetz, die Anordnung der elastischen Fasern ist normal, nur sind Bindegewebselemente und elastische Fasern im Volum vermehrt. W. Pollak.

Michelson (5) spricht zunächst von den verschiedenen Schutzvorrichtungen gegen die Ansiedelung von Mikro-Organismen, welche in den obersten Luftwegen existiren. Alsdann berichtet er über 5 Fälle von Nasen- und 7 Fälle von Mundtuberculose. In 6 von diesen 12 Fällen war Tuberculose der Lungen, sei es durch Autopsie, sei es durch klinische Beobachtung sicher nachgewiesen. 10 Mal wurden abgekratzte Partikel, respective der Geschwürsbelag mikroskopisch untersucht; 5 Mal davon fanden sich Tuberkelbacillen, ebenso oft Tuberkel mit Riesenzellen. Die 5 Fälle, in denen Beides fehlte, mussten ihres Aussehens und Verlaufes wegen unter die hier besprochene Affection eingereiht werden. In einem Falle fand sich gleichzeitig Nasen- und Mundschleimhaut ergriffen, bei Tuberculose eine Seltenheit, während bei Syphilis circa die Hälfte der Fälle Nase und Mund zugleich betroffen zeigt. Michelson spricht sich gegen die Bezeichnung „Lupus“ aus und ist der Ansicht, dass eine feste Grenze zwischen Tuberculose und Lupus der Mund- und Nasenschleimhaut nicht zu ziehen sei. Zweifellos primär war die Affection in keinem seiner Fälle. Bezüglich der Behandlung empfiehlt Michelson warm das Mentholöl, namentlich seiner schmerzstillenden Wirkung halber, während er vor Cocaïn (Intoxication) warnt.

Winckel zählte 1886 erst 25 Fälle von Lupus vulvae; die Erkrankung scheint also nicht häufig zu sein. Vorliegender Fall von Häberlein (6), aus der Klinik Wyder in Zürich hat in den weitgehenden Veränderungen, die der Process an den Geschlechtstheilen gesetzt, in der Literatur wohl nur mit den Duncan'schen Fällen Aehnlichkeit. Es handelt sich um eine 27jährige Patientin, die zwar phthisisch belastet, selbst aber nie Symptome von Tuberculose gezeigt hat; auch eine specifische Infection ist auszuschliessen. Die Veränderungen der Genitalien sind, wie gesagt, so hochgradig, dass sie kaum durch eine Beschreibung deutlich gemacht werden können und man die beigegebene colorirte Tafel sehen muss, um sich von dem Process eine Vorstellung machen zu können. Die Schamtheile in toto vergrössert und ödematös. Am innern Rande der rechten grossen Schamlippe eine Hervorragung, von der zwei Fortsätze ausgehen, von denen der eine sich nach der verdickten linken grossen Lippe hinüberzieht, sich unten umschlägt und an die Innenfläche der linken grossen Schamlippe ansetzt. Die rechte kleine Schamlippe vergrössert und ebenso wie die

anderen Theile von höckeriger Oberfläche und hart infiltrirt. Sie ist in Folge mehrerer Lücken und Oeffnungen nur durch eine schmale Brücke mit der angrenzenden Scheidenschleimhaut verbunden. Zum grössten Theile ist sie unterwühlt und gelangt man mit der Sonde in eine etwa 2 Ctm. tiefe Tasche. Die linke grosse Lippe zeigt in der Mitte eine kleine mit gelben Borken bedeckte Geschwürsfläche. Der Damm völlig unterhöhlt, nur von dünner Hautbrücke gebildet, die selbst noch doppelt durchlöchert ist. Harnröhrenmündung durch einen verdickten, verhärteten Wulst verborgen. Links am After erbsengrosser harter Wulst; Schliessmuskel vorne mangelhaft; Incontinentia alvi. Der mikroskopische Befund stimmt mit früheren Untersuchungen überein: Neubildung von Gefässen, darum kleinzellige Infiltration und Wucherung des Epithels. Keine Mikroorganismen, speciell Tuberkelbacillen. Unter roborirender Diät und Verabreichung von Solutio Fowleri erholt Kranke sich zusehends. Als sie nach einigen Monaten entlassen wird, ist der locale Befund ziemlich der gleiche. Sphincter ani eng, lässt kaum einen Finger durch, 3 Ctm. darüber eine noch engere Stelle, unterhalb welcher man unregelmässige Wandungen und vertiefte Geschwüre fühlt. Die Prognose ist, da der Mastdarm ergriffen, in Bezug auf Heilung schlecht, in Bezug auf Lebensdauer und Allgemeinbefinden unter günstigen Bedingungen gut. — Die Therapie soll, wenn möglich, in Exstirpation oder Verschorfung bestehen, hier musste man sich auf roborirende Diät beschränken.

Gerber.

Leloir (7) beschreibt einen Fall von Lupus der Zunge. Diese, angeblich, bisher noch nicht beobachtete Localisation betrifft eine 15jährige Arbeiterin mit Lupus der Nase und des Rachens. Der Zungenrücken von vorne bis zur Epiglottis ist mit stecknadelkopf- bis erbsengrossen runden merklich hervorspringenden Knötchen, deren Oberfläche glatt oder leicht mamelonnirt oder granulös ist, besät. Ihrer Farbe nach blass, sind sie im Centrum opalin, einige perlmutterweiss. Einige sind hart, beinhart, andere sind weich, machen auf Druck mit einem stumpfspitzen Instrument den Eindruck von kalter Gelatine. Nur wenige sind geschwürig zerfallen. Die Knötchen sind schmerzlos, sind von einander von leichtblutenden, schmerzempfindlichen Hautrissen getrennt. Die Beweglichkeit der Zunge ist erhalten, jedoch nicht ohne Gêne für die Kranke; fasst man die Zunge zwichen die Finger, so fühlt man, dass die ganze Zungenschleimhaut indurirt ist. Analoge Läsionen finden sich am harten Gaumen, im Rachen, im Larynx, an der Oberlippe, am Zahnfleisch. Ein Zäpfchen ist nicht mehr vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung eines von der Nase excindirten Knötchens ergab die histologischen Veränderungen des Lupus vulgaris. Zwei Knötchen, welche dem Zungenrücken entnommen wurden, wurden ebenfalls geprüft. Dünne Schnitte von diesen Knötchen mit Pikrocarmin gefärbt, zeigten, dass die Zungenschleimhaut diffus oder in Inseln oder auch in beiden Formen mit embryonären Zellen infiltrirt ist. Zumeist vereinigen sich diese Embryonärzellen zu Inseln, die in ihrer Mitte 1—2 Riesenzellen einschliessen. Die meisten dieser Knötchen zeigen die Tendenz zu theilweiser oder gänzlicher Sklerosirung. Die Sklerosirung befällt das primitive Knötchen an der Peripherie und löst es in concentrische Scheiben auf. In diesen sklerosirten Knötchen wurden ebenfalls 1—2 Riesenzellen gefunden. Zuweilen sind sklerosirte Knötchen durch Haufen von Fett oder Colloidmassen getrennt. Beide, Skleroknötchen und Fett-, respective Colloidmassen werden von Bindegewebsschleifen umschlungen, welch letztere gewöhnlich eine alveolare Anreihung zeigen. Die Lupusknötchen dringen vielfach in die Muskelmasse der Zunge, deren Fibern sie auseinanderschieben und zerstören. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte also die Diagnose des Lupus, welchen der Verfasser mit der Bezeichnung

Lupus sclerosus belegt. Mittelst der Colorirung nach Ehrlich liessen sich in den Knötchen des Zungenrückens Tuberkelbacillen in sehr geringer Anzahl nachweisen. Ebenso gelang es durch Inoculation von Knötchentheilen des Zungenlupus bei 3 Meerschweinchen positive Resultate, und zwar Tuberculose der Milz, der Lungen u. s. w., sowie von diesen Versuchsthieren auf andere Tuberculose zu verpflanzen, sowie auch durch Injection von Zungenlupusmassen in die vordere Kammer des Auges eines Kaninchens bei diesem Iritis tuberculosa und mit Partikeln der tuberculosen Iritis des Kaninchens bei 2 Meerschweinchen Tuberculose des Peritoneum zu erzeugen. Die Diagnose wurde weiters durch die Behandlung gesichert. Energische antiluetische Behandlung erwies sich als wirkungslos, hingegen die übliche Behandlung des Lupus auch beim Lupus sclerosus linguae vortheilhaft. W. Pollak.

Trousseau (8) zeigt zwei Kaninchen, in deren Augen er Lupuspartikelchen übertrug, welche von einem Lupus conjunctivae einer Kranken stammten, an welcher er eine Augenoperation vornehmen musste. Dem einen Kaninchen öffnete er die vordere Kammer und legte in dieselbe nach Anwendung von Eserin ein zweistecknadelkopfgrosses Stück Lupusgewebe. Hiebei wurde die nöthige Antisepsis angewendet. Nach 8 Tagen war das Lupusstück total resorbirt. 12 Tage nach geschehener Resorption zeigten sich in der Iris weisse Punkte, die allmälig grösser wurden und sich zu Knötchen entwickelten. Schliesslich war die ganze Kammer mit sehr kleinen bis erbsengrossen gelblichweissen Knötchen angefüllt, welche der hyperämischen Iris zu adhäriren schienen. Dem zweiten Kaninchen wurde Lupusgewebe in die Lamellen der Cornea eingeimpft, ohne dass die Kammer eröffnet wurde. In ungefähr 8—10 Tagen war die Resorption beendet. 14 Tage später trat in der Hornhaut ein gelblicher Fleck auf, aus welchem sich ein ziemlich voluminöser gelblicher Tumor entwickelte, der die vorderen Lamellen der Hornhaut auseinandergedrängt und von der vorderen Kammer ganz isolirt ist. Die Kaninchen zeigen keine Gesundheitsstörung. Trousseau hält die neuen Producte in den Kaninchenaugen für Tuberkelknötchen. Die Thiere werden zur weiteren Beobachtung noch am Leben erhalten.

W. Pollak.

Feulard (9) zeigt einen Fall von Lupus erythematosus der Schleimhaut der Unterlippe, welcher eine 41jährige Frau betrifft. Bei derselben lässt sich eine Infiltration der Lunge, welche sich aber später als der Lupus entwickelt hat, nachweisen. Vidal bestreitet es, dass in diesem Falle ein Lupus erythematosus vorliege. Es fehlt an der Läsion der weisse Rand, die verzweigte weisse Infiltration; zudem beginnt der Lupus erythematosus der Schleimhaut nie in dieser selbst, sondern greift immer von der äusseren Bedeckung der Lippe auf die Mucosa über. Ausserdem sieht man in der Läsion ein kleines Knötchen, welches er für ein Tuberculom hält, durch welches eine Tuberculosis der Lippenschleimhaut eingeleitet werden dürfte. Der Lupus erythematosus ist nicht tuberculöser Natur, wie auch Lupus vulgaris mit der Tuberculose der Lunge nichts gemein hat. Auf 30 Lupuskranke seiner Stadtclientel, welche wohl in ausgezeichneten Verhältnissen leben und schon den einen und Hauptvortheil geniessen muss, hospitalisirt zu sein, kommt kaum ein Fall von Tuberculosis pulmonum. Immerhin muss zugegeben werden, dass es gewisse Formen von Lupus vulgaris gibt, welche zur Tuberculosis gehörig sind, darunter vorzugsweise der Lupus myxomatosus. Er selbst war früher der Ueberzeugung, dass Lupus erythematosus sozusagen das Präludium zum Lupus vulgaris sei und glaubte er eine graduelle Transformation des ersteren in diesen beobachtet zu haben. Die Täuschung stellte sich später heraus. Seitdem hat die Bacillenlehre aufklärend gewirkt.

Brasilien ist das Lepra-Land par excellence und macht Cremer (10) den grossen Temperaturwechsel — im Sommer 35—36° C. im Schatten, 50° C. in der Sonne, im Winter 6—7° C. unter Null — dafür verantwortlich, wie denn überhaupt die Einwanderer in den heisseren Klimaten in den ersten 5—7 Jahren von den verschiedensten Hautkrankheiten befallen werden. Die Art der Lepra in den heissen Zonen ist keine andere wie die in den kalten, auch die Sectionsbefunde sind übereinstimmend. Die Entstehung der Krankheit ist hier wie überall unklar. Die Unreinlichkeit kann nicht beschuldigt werden, denn reinliche Menschen erkranken in gleichem Masse; vielmehr muss man eine besondere Disposition des Körpers annehmen. — Die Kranken geben an, dass sie ganz plötzlich einen röthlichen Ausschlag bekommen, den sie für einen Hitzausschlag halten, dann bilden sich Papeln auf gruppenweise beschränkten Hautstellen. Die Knötchen schilfern sich kleieartig ab, ohne zu secerniren. Das Wohlbefinden ist Anfangs gewöhnlich nicht gestört. Die Prognose ist im ersten und zweiten Stadium nicht ungünstig, wenn eine langdauernde, geregelte Behandlung eintritt. Die von dem Verfasser eingeschlagene Therapie ist nur aus einem der drei ganz kurz mitgetheilten Fälle ersichtlich: Bäder von 29° R. — Acid. muriaticum u. Natr. bicarbon. āā 500·0. Reichliche Darreichung von Thee aus „Herva dos bugres u. Caroba" (Jacaranda procera) Monate hindurch. Gerber.

Zuriaga (11) berichtet über einen Leprakranken, der selbst aus einer leprösen Familie stammend — alle Ascendenten des Patienten waren leprakrank — erst im fortgeschrittenen Alter an Lepra zu leiden begann. Sein Bruder verliess, als er den Ausbruch der Lepra beim Patienten wahrnahm, die Familie und die Heimat und blieb auch von der Lepra verschont. Die Heredität konnte ihm also nichts anhaben. Patient verheiratete sich und hatte mehrere Kinder, welche vom Vater, mit dessen Zustimmung, entfernt wurden. Das älteste der Kinder, nun 10 Jahre alt, ist, wie die obigen, noch frei von Lepra. Der Patient, ein Maulthiertreiber, hat einen Freund, welcher dasselbe Metier ausübt und mit ihm gemeinschaftlich das Geschäft betreibt, mit ihm gemeinschaftlich lebt, isst und oft im selben Bette schläft. Dieser Freund, obschon von gesunden Eltern und einer Familie in welcher nie Leprakranke waren, bekommt Lepra. Seine Schwester, d. i. die Schwester des Freundes, welche den Haushalt führt und in Gemeinschaft mit dem Bruder lebt, wird ebenfalls im Alter von 26 Jahren leprös. Dieser eben genannte Bruder heiratete, nachdem er einige Jahre an Lepra gelitten. Dessen Kinder werden von ihm entfernt und bleiben leprafrei. Zuriaga zieht daher aus diesen Thatsachen den Schluss, dass die Lepra ansteckend sei, wenn zwischen Gesunden und Kranken ein genügend lange andauernder, intimer Verkehr statthat, sei nun diese Intimität zwischen Fremden oder verwandten Personen.

Baude (12) berichtet über einen Fall von Lepra, welchen er auf der Klinik Leloir's in Lille beobachtete. Ein 44jähriger Mann, in Spaa geboren, hat 6 Jahre 1875—1881 in Batavia, dann vom Jänner 1884 an, 18 Monate in Tongking gelebt, wo er nacheinander Dysenterie, Cholera und Malaria durchmachte. Nach einem 15monatlichen Aufenthalte in Tongking begann auch die Lepra sich bei ihm zu manifestiren. Sowohl Patient als die Militärärzte in Tongking hatten das Uebel nicht erkannt; ebenso wurde es bei seinem Aufenthalte in verschiedenen Pariser Spitälern nicht diagnosticirt; erst Ende 1888 erkannte Leloir die Affection als Lepra. Sie begann ohne jegliche schmerzhafte Prodrome mit der Bildung von wenig schmerzhaften Blasen an der Planta pedis und der grossen Zehe rechterseits, später linkerseits. Diese Blasen barsten und gaben zu

tiefgreifenden Geschwüren Anlass, aus welchen später Knochenstücke theils spontan abgingen, theils operativ entfernt wurden. Dies währte durch ein Jahr. Schon zeigte sich Empfindungslosigkeit gegen Schmerzerregung und Temperatursverschiedenheiten an beiden Unterschenkeln bis zum Knie und an beiden Oberextremitäten bis zu den Ellbögen, was bei zufälligen Verwundungen, Verbrennungen auffällig wahrgenommen wurde, welche Zufälle zu lange dauernden Ulcerationen führten. Anfangs 1889 war ein Theil der Geschwüre vernarbt; neue traten auf. Die Narben sind weiss und haben einen sepiafarbigen Rand. Diese Sepiafärbung zeigt sich auch an Hautstellen, wo keine Narben vorhanden sind. Der linke Fuss, die Zehen mit inbegriffen, sind deformirt. Complete Anästhesie für Schmerz und Temperaturerscheinungen auf beiden Oberschenkeln. Das Tastgefühl ist allenthalben erhalten. Am Stamme nichts Abnormes. An den oberen Extremitäten finden sich weisse Flecke wie an den Unterschenkeln. Die Haut in toto ist atrophisch, wie bei Greisen, die Finger sind verkümmert. Im Gesichte sind auffällige Veränderungen vorfindlich. Die Augen erscheinen wie vergrössert, vorstehend, wie aus der Orbita heraustretend; die Lider können nur unvollkommen geschlossen werden und weichen noch, beim Versuche die Augen zuzuschliessen, um 1 Ctm. weit auseinander. Paralysis des Orbicularis; Chemosis. Um beide Augen herum ist die Haut beiderseits ebenfalls in einem circulären Umfange von 8 Ctm. anästhetisch. Die Haare sind nicht verändert. Die Intelligenz intact. W. Pollak.

Gamberini (13) zweifelt, dass die Leprabacillen, deren Existenz er nicht zu leugnen vermag, die Krankheitserreger der Lepra seien; nach seiner Auffassung würde die Lepra einen nicht pathogenen Bacillus besitzen, der durch das uns unbekannte krankheitserregende Element der Lepra erzeugt würde und dem vielleicht unter Umständen die Fähigkeit zukäme, als Vehikel der Krankheit, der er sein Entstehen verdankt, zu dienen. Bezüglich des Verbreitungsmodus der Lepra glaubt Gamberini sowohl eine directe Uebertragung als auch eine solche durch Vererbung annehmen zu sollen. Was die Therapie anbelangt, macht Gamberini auf die Beobachtung Campana's, dass das Erysipel die Rückbildung der Lepra begünstigen könne, aufmerksam. Auch hält er die Versetzung eines Leprakranken aus einer verseuchten Gegend an einen hochgelegenen, unter günstigen klimatischen Verhältnissen stehenden Ort für eine sehr zweckmässige, therapeutische Massregel. Dornig.

Wieder liegt ein Dreijahresbericht aus der von dem immer noch rastlos wirksamen Danielssen (14) dirigirten Heilanstalt für Lepröse vor. Das „Lungegaardshospital", das vom norwegischen Staate für den speciellen Zweck der Heilung der Leprösen errichtet wurde und schon im October 1849 unter der Leitung Danielssen's in Wirksamkeit trat, ist vielleicht noch bis zum heutigen Tage so ziemlich einzig in seiner Art geblieben, und in den verflossenen 40 Jahren sind die Dreijahresberichte dieser Anstalt über die gewonnenen Resultate regelmässig erschienen. (Referat über den vorletzten Bericht siehe Vierteljahresschr. f. Derm. und Syphil. 1887, S. 561.) — In der jetzigen Zeit, wo von allen Seiten und in allen Ländern die Therapie der Lepra so eifrig aufgenommen ist, dürften eben die Berichte des vielerfahrenen Danielssen von ganz besonderem Interesse sein. Schon im Jahre 1868 konnte Danielssen in einem bei der Naturforscherversammlung in Christiania gehaltenen Vortrage über 43 geheilte Leprafälle berichten, und jüngst hat er dem Referenten mitgetheilt, dass im Ganzen ungefähr 100 Lepröse aus dem Lungegaardshospital als geheilt entlassen sind, während circa 50 Kranke so bedeutend gebessert ausgegangen waren, dass mehrere von diesen letzteren später vollständig

geheilt sind. Wenn man also die Möglichkeit einer Heilung der Lepra als eine Entdeckung der Neuzeit hinstellt, zeugt dies von einer merkwürdigen Unkenntniss der wahren Sachlage. Danielssen erwähnt auch in dem vorliegenden Berichte eine ganze Reihe von Mitteln, mit welchen er therapeutische Versuche angestellt hat. Sehr interessant sind unter anderen die Bemerkungen, die über Jodkalium gemacht werden, ein Mittel, womit Danielssen übrigens schon vor mehr wie 40 Jahren experimentirte. Verfasser sagt: Dieses Mittel wirkt ganz merkwürdig, besonders bei den knotigen Leprösen. Ich habe es in vielen Weisen versucht und immer mit derselben Wirkung, indem es mehr oder weniger heftige Knoteneruptionen mit Fieberbewegungen hervorruft. Selbst wenn das Mittel in sehr geringen Dosen angewendet wird, z. B. 0·10 Centigr. täglich, auf 3 bis 4 Tagesdosen vertheilt, vor oder nach dem Essen, findet sich doch immer, wenn es in einigen Tagen fortgebraucht wird, die Eruption ein, und bei grösseren Dosen tritt sie noch schneller auf." — „Es wirkt auf die Leprösen eher wie ein kräftiges Gift als wie ein Heilmittel ein." — „Wie auch diese Wirkung zu erklären ist" — Verfasser spricht in dieser Beziehung verschiedene Vermuthungen aus — „so ist jedenfalls diese Einwirkung des Jodkaliums auf die Lepra eine merkwürdige Erscheinung." — „Ich sagte, dass ich das Jodkalium als ein Controlmittel anwendete, und als solches ist es vorzüglich. Wenn die Knoten verschwunden sind und der Zustand des Kranken im Ganzen ein solcher ist, dass man Grund hat anzunehmen, dass Heilung eingetreten ist, habe ich Jodkali in passenden Dosen gegeben, und in der Regel hat es sich dann nach kurzer Anwendung gezeigt, dass eine neue Knoteneruption aufgetreten ist, und dass folglich keine wirkliche Heilung erreicht war; tritt dagegen keine solche Eruption ein, kann man ziemlich sicher sein, dass die Heilung definitiv ist." — Verfasser deutet an, dass es gut wäre, wenn verschiedene Verfasser, die in den letzten Jahren über schnell geheilte Leprafälle berichteten, „sein Controlmittel" als Beweis für die Dauerhaftigkeit ihrer Resultate angewendet hätten. Die Behandlungsmethoden dieser Verfasser sind übrigens schon längst im Lungegaardshospital in Anwendung gezogen, und die Resultate werden später veröffentlicht werden. — Verfasser fährt übrigens fort: „Ich fühle mich überzeugt davon, dass die Lepra geheilt werden kann und ich stütze diese Ueberzeugung auf viele, hauptsächlich im Lungegaardshospitale gewonnene Thatsachen; aber inwiefern schon jetzt die sicher heilenden Mittel gefunden sind, das wird die Zukunft zeigen müssen". Ueber ein anderes Mittel, das von Danielssen schon durch mehr wie ein Jahrzehnt vielfach und in grossem Massstabe angewendete salicylsaure Natron, äussert er sich: „Es hat sich fortwährend wirksam gezeigt und in den beiden leprösen Formen Hilfe geleistet. Die Nützlichkeit desselben bei der anästhetischen Form habe ich früher erwähnt und kann darauf hinweisen. In der knotigen Form hat es sich besonders während der acuten Eruptionen wirksam gezeigt; das Fieber wird vermindert, die Ausbrüche abgekürzt und die neuentstandenen Knoten werden zum Schwinden gebracht. Auf die alten Knoten, die lange gestanden haben, scheint das Mittel, innerlich dargereicht, nicht einzuwirken; durch äusserliche Anwendung in concentrirten Lösungen werden die Knoten theilweise zum Schwinden gebracht; aber nach Aussetzen des Mittels traten die Knoten wieder auf. Danielssen gibt von diesem Mittel gewöhnlich 1·00 Gr., viermal täglich. Mit dem in den letzten Jahren wieder gerühmten Chaulmoogra-Oel hat Verfasser seit April 1887 bei mehreren Leprösen Versuche gemacht, ohne noch damit endgiltige Resultate zu erhalten. In einem Falle von knotiger Lepra bei einem 15jährigen Mädchen wurde das Mittel durch 8 Monate genommen, wobei doch nur bis zu 90 Tropfen täglich gestiegen wurde; aber bei dieser Behandlung traten, trotzdem, dass das

Mittel auch äusserlich mit Olivenöl gemischt, angewendet wurde, so starke Knoteneruptionen auf, dass das Mittel reponirt werden musste. Das salicylsaure Quecksilber wurde in einem knotigen Falle versucht, aber auch dieses Mittel, innerlich als Pillen gegeben, veranlasste keine Besserung, obschon die Tagesdose bis zu 0·50 Gr. erhöht wurde. Das Mittel differirte nur insoferne von den meisten anderen Quecksilbermitteln, die Verfasser früher versucht hat, dass es besser vertragen wurde. Als geheilt wurden in den drei Jahren, die der vorliegende Bericht umfasst, 9 (neun) Fälle, entlassen, 6 von der glatten, anästhetischen Form, 3 von der knotigen Form. Als bedeutend gebessert wurden 1 Fall von der anästhetischen und 1 Fall von der knotigen Form entlassen. Alle diese Krankengeschichten sind ziemlich ausführlich mitgetheilt. Die geheilten Fälle wurden meistens durch sehr lange Zeit mit salicylsaurem Natron innerlich behandelt; mitunter wurde auch Eisen oder Ichthyol gegeben. Gleichzeitig kamen regelmässig Dampfbäder und im Sommer Seebäder zur Anwendung. Oertlich wendet Danielssen fortwährend sehr viel Cucurbitae currentae an. Auch starke Goa-, Chrysarobin- und Ichthyolsalben wurden gebraucht. Die geheilten Patienten hielten sich immer lange Zeit nach dem Schwunde der leprösen Symptome im Hospitale auf, und womöglich erkundigte man sich auch später von der fortwährenden Gesundheit der Patienten. C. Boeck.

Erythematöse, eczematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

1. **Scholten.** Ein weiterer Fall von Sulfonal-Exanthem. — Therap. Monatsh., April 1890.
2. **Kämpfer.** Ein seltener Fall von Jodexanthem. — Centralbl. f. klin. Med., 1880, Nr. 6.
3. **Kaposi.** Fall von Pemphigus neurotico-traumaticus (hystericus) — Sitzungsber. d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. Wr. klin. Wochenschr., 1890, Nr. 22.
4. **Mosler.** Ueber Pemphigus. — IX. Congr. f. innere Med. Wien 1890. Ref. n. Wr. klin. Wochenschr., 1890, Nr. 21. Darüber Discussion: 5. **Schwimmer,** 6. **Kaposi,** 7. **Ehrmann,** 8. **Neumann,** 9. **Weber,** 10. **Purjesz, Mosler.**
11. **Frank.** Ueber den Zusammenhang von Genitalleiden mit Hautaffectionen. — Zeitschr. f. Heilk., Bd. XI, pag. 107.
12. **Sirsky.** Pemphigus vulgaris. — Ann. de derm. et de syph., Sept. 1889.
13. **Bossion** A. Zoster recidivus traumaticus. — (Briefliche Mittheilung an den Redacteur.)
14. **Pfeiffer** L. Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien und dessen Stellung zu den acuten Exanthemen. — Jena, Gustav Fischer, 9 Tafeln.

14a. **Pfeiffer** L. Die Protozoen als Krankheitserreger. — Correspondenzbl. d. allg. ärztl. Ver. von Thüringen, 1890, Nr. 3. Als Separat-Abdr. Jena, bei Gustav Fischer.

15. **Schiff** E. Zur Pathologie und Therapie des Eczems im Kindesalter. — Beitr. z. Kinderheilk. von Kassowitz. Wien 1890.
16. **Schirren.** Das Aristol in der Behandlung der Psoriasis. — Berl. klin. Wochenschr., Nr. 7, 1890.
17. **Luciani.** Un caso di psoriasi grave. Studio clinico ed appunti istologichi sulla cariocinesi dermoepidermica in questo processo morboso. — Clinica dermosifilopatica della R. Università di Genova. Anno VI. Fascic. VI.
18. **Besnier** E. Xérodermie pilaire érythémateuse ou congestive progressive ou ichthyose rouge (Folliculitis rubra de Erasmus Wilson, variété de

l'ichtyose cornée de Hardy, etc.). Wochensitzung d. Aerzte d. Hôp. St. Louis. April 1889. Ann. de derm.
19. **Gamberini.** Patologia dell' epidermide. — Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle, 1890, Nr. 1.
20. **Lowinsky.** Furunculose bei Diabetes insipidus. — Centralbl. f. klin. Med. 1890, Nr. 21.
21. **Bousquet.** Contribution à l'étude de l'étiologie de l'impetigo. — Thèse pour le doctorat. Bordeaux 1889.
22. **Leloir** H. De la folliculite et de périfolliculite des fileurs et rattacheurs. — Ann. de derm. et de syph., Paris, Sept. 1889.
23. **Heitzmann** L. Die Therapie der Acne disseminata. — Sep.-Abdr. d. „Med. Monatsschr.", New-York 1889.
24. **Spillmann** P. und **Parisot** P. Furunculose et polyurie. — Ann. de derm. et de syph., Sept. 1889.
25. **Galvagni** e **Mazzotti.** Contributo allo studio dell' idrope anasarca essenziale. — Giorn. internaz. delle scienze med. Anno XI.
26. **Joseph.** Ueber acutes umschriebenes Hautödem. — Nach einem auf d. I. Congr. d. deutschen dermatol. Gesellsch. zu Prag gehaltenen Vortrag. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 4 u. 5, 1890.
27. **Courtois-Suffit.** Note sur l'oedème aegu circonscrit de la peau. — Ann. de derm. et de syph., Nov. 1889.
28. **Silbermann** O. Untersuchungen über die Krankheitserscheinungen und Ursachen des raschen Todes nach schweren Hautverbrennungen. — Virchow's Arch., B. 119. Aus dem pathologischen Institut zu Breslau.
29. **Bardeleben** jun. Ueber die Behandlung von Verbrennungen. Sitzungsber. der freien Vereinig. d. Chir. Berlins vom 3. Febr. 1890. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 14, 1890.
30. **Loebel** A. Ein Fall von Purpura bei eintretendem Klimakterium. — Centralbl. f. Gynäk. 1890, Nr. 8.
31. **Rinonapoli.** Un altro caso di porpora perniciosa. — Arch. ital. di pediatria. VII. Jahrg., Nr. 2.

Scholten (1) beobachtete bei einer 66jährigen Dame, nach einer Dosis von 1 Gr. Sulfonal ein scharlachartiges Exanthem der Oberschenkel, das sich noch in geringem Masse auf den Unterschenkel ausdehnte. Dasselbe verursachte leichtes Brennen und verschwand nach wenigen Tagen.

P. Rosenthal.

Es handelt sich in der Mittheilung von Kämpfer (2) um grosse, über den ganzen Körper verbreitete Hautinfiltrate — Beulen von Zweimarkstück- bis Handtellergrösse, unter gespannter gerötheter Haut und starker Druckempfindlichkeit bei gleichzeitiger Temperaturerhöhung. Und zwar trat dies Exanthem zum ersten Male nach 80·0 Gr. Jodkali auf (Pat. d. Abth. v. Rosenbach), verschwand nach Aussetzen des Medicamentes, kam dann nach neuer Verabreichung von 40·0 Gr. und später sogar nach 28·0 Gr. wieder und stellte sich auch nach wenigen per rectum (Köbner) gegebenen Gramm Jodkali ein. Dass das Exanthem ein wirkliches Jodexanthem war, ist zweifellos, denn 1. hatte Pat. vorher nie ein derartiges Exanthem aufzuweisen; 2. trat dasselbe nur auf, nachdem einige Zeit Jod gebraucht war und 3. verschwand prompt, wenn es ausgesetzt wurde; 4. waren während des Bestehens des Exanthems grosse Mengen Jod im Urin und Speichel nachzuweisen. Zwei ähnliche Fälle sind von Morrow und besonders von Talamon mitgetheilt worden. Gerber.

Kaposi (3): Der vorgeführte Krankheitsfall hat zwar in manchen Beziehungen Analoga in bereits bekannten Beobachtungsfällen, dürfte aber

in seiner Eigenthümlichkeit doch ein Unicum vorstellen. A. G., 22 Jahre alt, gegenwärtig Wärterin an meiner Klinik, hat Mitte December 1889, damals als Wärterin an der internen Abtheilung des Primarius Scholz, sich am Nagelfalz des rechten Mittelfingers mittelst eines eisernen Nagels geritzt, die Ritzwunde dann mit Jodoform verbunden. Wenige Tage darauf erschienen an der Dorsalfläche des Mittelfingers unter Vorangehen von Brennen Blasen, einige Tage darauf welche über dem Handrücken, dann über der Streckseite des Handwurzelgelenkes. Mitte Jänner d. J. (vier Wochen nach jener Verletzung) wurde Patientin auf die dermatologische Klinik aufgenommen, weil nun über der Streckseite des rechten Oberarmes auf einer über flachhandgrossen Area die Haut geröthet und mit grossen Blasen besetzt, schmerzhaft war. Die Patientin ist etwas anämisch, von gesunden Eltern, ohne jede hereditäre Belastung, normal menstruirt, stets gesund gewesen, ihre inneren Organe normal, Harn frei von Zucker und Eiweiss. Nunmehr traten auch an anderen Hautstellen Blasen auf, und zwar stets unter folgenden Erscheinungen: Die Patientin gab an, dass sie an einer bestimmten Stelle schmerzhaftes Brennen fühle. Daselbst war keinerlei Veränderung zu sehen. Nach zwei bis drei Stunden war diese Stelle allmälig lebhaft roth geworden, so dass eine thaler- oder aber flachhandgrosse, unregelmässig begrenzte Area markirt war, an derselben bildeten sich mittel- oder randständig weissschimmernde, urticariaähnliche Erhabenheiten und Wülste und binnen zwei bis drei Stunden dann erbsen- bis eigrosse isolirte und confluirende Blasen, die mit hellem Serum gefüllt waren. Die Blasen machten ihren physiologischen Verlauf durch, d. h. die grösseren platzten und bildeten Borken, unter theilweiser Blosslegung des Coriums, worauf normale Ueberhäutung erfolgte mit Hinterlassung pigmentirter Flecke; die kleineren Blasen verliefen einfacher, unter blosser Eintrocknung. Am Tage der Aufnahme der Kranken also war nur die eine Blaseneruption über der Streckseite des rechten Vorderarmes vorhanden. Der nächste Gedanke konnte sein, ob nicht von der Risswunde her eine zur Entzündung führende Infection stattgefunden habe. Das musste zurückgewiesen werden. Denn es war kein lymphangioitischer Streifen, keine tiefe Infiltration, keine Continuität des gegenwärtigen Entzündungsherdes mit der ersten Wundstelle nachzuweisen. Weiters war zu bedenken, ob nicht das Jodoform Schuld trage. Auch das war in Abrede zu stellen. Denn Jodoform macht Dermatitis sub forma von Eczem oder Erythema diffusum. Beides lag hier nicht vor. Endlich musste an substantielle Neuritis ascendens gedacht werden. Auch dafür fehlte jede materielle Grundlage. Denn die Nervenstämme waren nicht druckempfindlich. Folglich entschied ich mich sofort für die Annahme einer blossen Erregung der Nerven, nicht einer Entzündung derselben, und einer aufsteigenden Erregung der peripheren Nerven, als deren Aeusserung örtlich die vasomotorische Erscheinung der Röthung und Exsudation, die Blasenbildung, auftrat. Meine damalige Auffassung bekräftigte sich nun durch den weiteren Verlauf in einer allerdings damals nicht voraussehbaren Weise. Stets unter den früher erwähnten Vorläufern von Schmerz und Brennen, manchmal unter Fiebererregung erschienen nun nach Intervallen von mehreren Tagen Blasen an der Innenfläche des Vorderarmes, dann am Oberarme, über der Schulter, am Halse der rechten Seite, dann, am vierzehnten Tage, zum ersten Male ein Blasenherd vorne am Halse linkerseits und nun links über der Brust, der Schulter, am Rücken und in den weiteren Wochen bis heute sprungweise bald da, bald dort, über dem Augenlide, dem Sprunggelenke, der Wade u. s. w. Blasen. Heute, wie Sie sehen, sind frische Blasen an der Ober- und Unterlippe und über hühnereigrosse Blasen an verschiedenen Herden über dem rechten Unterschenkel. Die ganze Zeit über waren nur eruptionsfreie Zeiten vom 1. Fe-

bruar bis ersten März. Dann vom 20. März bis 18. April. Weder Deckgläschenpräparate vom Blaseninhalte, noch mit demselben und mit dem Grundgewebe der Blasen beschickte Agarplatten haben nach den Untersuchungen des Klinikers Lukasiewicz Mikroorganismen entdecken lassen. Mir scheint nun keine andere Erklärung für den merkwürdigeu Fall möglich, als die ich zuerst ausgesprochen. Von der zuerst irritirten Stelle eines peripheren Nerven ging eine aufsteigende Irritation aus, die Anfangs sich auf die Nerven des Plexus brachialis dexter beschränkte, dann bis zu den vasomotorischen Centren des Rückenmarkes fortschritt und nun von hier aus reflectorisch sich an den verschiedensten Körperstellen auch der anderen Körperhälfte durch vasomotorische Störungen äusserte, sub forma von Röthung und Exsudation. Wir sind in der Dermato-Pathologie an solche homonyme reflectorische Aeusserungen gewöhnt. Wenn Jemand in der rechten Ellbogenbeuge durch Arnica, Terpentin etc. ein arteficielles Eczem bekommt, so erscheint in 24 Stunden in der linken Ellenbeuge ebenfalls ein Eczem, alsbald dann ein solches im Gesicht u. s. f. auch an anderen Körperstellen. Immerhin ist der Fall sehr merkwürdig. Er hat aber ein Analogon in einem höchst interessanten Falle, den Doutrelepont ebenfalls von einer 21jährigen Wärterin mitgetheilt hat. Da ist auch von einem durch eine Nadel verletzten Finger der linken Hand aus eine Reihe von Hautveränderungen entstanden, die einige Zeit auf den Bereich des linken Plexus brachialis sich beschränkten, dann aber auf die andere Körperhälfte übersprangen und fünf Jahre hindurch über den ganzen Körper sprungweise sich einstellten. Da war aber auf rothen und weissen Flecken Gangrän entstanden, die bekannte sogenannte multiple spontane Hautgangrän der Hysterischen. Doutrelepont hat schon ursprünglich einen Fall für Herpes zoster grangraenosus im Sinne meines Herpes zoster gangraenosus recidivus und später, weil dann bei seiner Kranken deutliche Bläschengruppen auftraten, die sofort gangränescirten, im Sinne meines Zoster gangraenosus hystericus aufgefasst. Nun ein Unterschied liegt allerdings darin, dass bei Zoster gangraenosus hystericus mihi die einzelnen Anfälle cyklisch verlaufen und oft auch einem halbseitigen Nervengebiete entsprechen. Ein Unterschied liegt anderseits zwischen dem hier vorgestellten Falle und beiden erwähnten Formen darin, dass hier keine Gangrän, sondern nur Röthung und Blasen gebildet werden. Aber dennoch glaube ich, dass alle drei Formen wesentlich dasselbe bedeuten, und dass auch dieser Fall eine Aeusserung hysterischer Erregbarkeit des vasomotorischen Nervensystems ist, einer Labilität desselben, die vielleicht überhaupt die Grundlage der Hysterie ausmacht. Klinisch möchte ich aber doch die Form individualisiren als Pemphigus neuroticus hystericus, und weiters bleibt immerhin die Thatsache festzuhalten, dass von der mechanischen Erregung eines peripheren Nerven eine solche aufsteigende und dann central werdende und dauernd sich wiederholende vasomotorische Erregung möglich wird, wie ja auch im Falle von Doutrelepont und in einem von Routier. Ob dieselbe sich später zu einer trophoneurotischen Störung steigern und zu Gangränen führen kann, wird die weitere Beobachtung dieses Falles lehren. Die Kranke kommt immerhin schon jetzt durch den Serumverlust, Schmerz und zeitweilige Schlaflosigkeit etwas herunter. (Bis heute, September 1890, wiederholen sich mit kurzen Intervallen die Blaseneruptionen unter gleichen Verhältnissen. Kaposi.)

Mosler (4): Das Wesen des mit dem Namen Pemphigus bezeichneten Ausschlages ist zur Zeit noch sehr strittig. Es fragt sich, ob derselbe, wie von manchen Seiten angenommen wird, zu den Infectionskrankheiten zu rechnen ist, also eine bacilläre Krankheit darstellt, oder nicht.

In der zur Demonstration gelangenden photographischen Abbildung eines Falles von Pemphigus hat sich die Krankheit bei einem 42jährigen, bisher völlig gesunden Manne entwickelt und war zuerst an den unteren Extremitäten. Nach spontaner Abheilung recidivirte das Leiden und breitete sich allmälig über den ganzen Körper aus. Der Pemphigus vulgaris benignus ging in den Pemphigus pruriginosus über, indem sich eine Reihe subjectiver Beschwerden, besonders empfindliche Schmerzen an den excoriirten Stellen, Schlaflosigkeit, schliesslich Ernährungsstörungen hinzugesellten. Die Blasenbildung trat symmetrisch, theilweise, ähnlich wie beim Herpes zoster, längs des Verlaufes gewisser Nerven auf. Unter Beobachtung aller erforderlichen Cautelen wurden mit dem Blaseninhalte durch Löffler zu wiederholten Malen Culturversuche angestellt. Ein specifischer Mikroorganismus liess sich nicht auffinden. Bei einem jungen Mediciner, welcher sich freiwillig dazu erboten hatte, wurden Impfungen des Blaseninhaltes an beiden Oberarmen vorgenommen. Sie verliefen ebenfalls resultatlos. Mit Rücksicht auf den intermittirenden Verlauf des Pemphigus wurde, nachdem grosse Gaben von Atropin ohne Erfolg verabreicht worden waren, Chininum muriaticum und zwar innerhalb 5 Wochen 40 Gr. gegeben. Der Kranke schien darauf völlig geheilt. Jedoch sind noch mehrere Male Recidive leichtester Form aufgetreten. Bei einer anderen Kranken, die ebenfalls an Pemphigus litt, traten schon 24 Stunden vor Ausbruch der Blasen brennende Schmerzen längs des Verlaufes der Nerven an der betreffenden Stelle, dazu Kopfschmerz, allgemeines Unbehagen auf. Den Bahnen der Nervi cutanei externi und medii folgten sie am Oberschenkel, an der Brust, den Intercostalräumen, am Arm den betreffenden Hautästen. In Zwischenräumen von 11 bis 14 Tagen recidivirte die Blasenbildung ganz regelmässig. Im vorstehenden Falle schien es nach den begleitenden Umständen ganz sicher zu sein, dass es sich hier um eine Neurose handle. In der Literatur sind mehrfach Fälle bekannt, in denen sich zu bestehenden Neurosen der Pemphigus als Complication hinzugesellte. Auch hat der Schwere des Nervenleidens mitunter die Ausbreitung des Exanthems entsprochen. Ohne generalisiren zu wollen, haben die vom Vortragenden beobachteten Fälle von Pemphigus ihn zur Ansicht gedrängt, dass gewisse Formen, darunter auch scheinbar genuiner Pemphigus, nicht als selbstständige Erkrankung, sondern als Symptom einer vasomotorischen Neurose aufzufassen sind. Auch bezüglich eines jüngst beobachteten und in der Deutschen medicinischen Wochenschrift besprochenen Falles ist der Vortragende zu derselben Ansicht gelangt. Uebrigens blieb auch in diesem Falle die bakteriologische Untersuchung resultatlos, ebenso die Injection von Blaseninhalt bei einem gesunden Affen. Alle Bemühungen nach dieser Richtung hin sind demnach ohne Erfolg gewesen. Ein specifischer Mikroorganismus als Krankheitserreger ist nach den bisherigen Untersuchungen also nicht anzunehmen.

Discussion:

Schwimmer (5): Der Umstand, dass die Pemphigusfrage auf dem internen medicinischen Congress zur Discussion gelangt, spricht nicht nur für die Wichtigkeit, die man dieser Erkrankung überhaupt beimisst, sondern legt auch Zeugniss ab für die Beurtheilung dieses Uebels, welches dergestalt nicht als eine blosse Dermatonose betrachtet zu werden scheint. Und mit Recht. Die interne Medicin kann eine Krankheitsform auch als zu ihrem Rayon gehörig reclamiren, bei welcher die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen uns gestattet, die Veränderungen auf der allgemeinen Decke nur als einzelne Symptome zu betrachten, während das Wesen des Uebels nicht allein auf der Haut zu suchen ist, sondern viel tiefer sitzt. Es ist nicht meine Absicht, an dieser Stelle und bei dieser Gelegenheit über die

Pathologie dieser Erkrankung mich des Weiteren auszulassen, ich will auch nicht über bekannte Thatsachen, welche auf die Symptomenreihe dieses Leidens sich beziehen, mich weiters äussern, ich wünsche nur dem instructiven Vortrage Mosler's einige Bemerkungen anzufügen, welche denselben zum Theil ergänzen und, nach dem gehörten Vortrage zu urtheilen, bekräftigen dürften. Die bei älteren Autoren angeführten Angaben über die Ursachen des Pemphigus, als: Verunreinigung des Blutes, Ansammlung von Harnstoff in den Blasen, verminderte Excretion mancher Auswurfsstoffe u. s. w., sind heutzutage mit Recht als unerwiesene, unwissenschaftliche gänzlich verlassen. Die Wiener Schule, die in dieser Beziehung sehr conservativ ist, hat den in letzter Zeit von mancher Seite betonten neurogenetischen Standpunkt bis jetzt auch nur zum Theil anerkannt, so dass man in Bezug auf die Aetiologie des Pemphigus heute noch nicht allenthalben zu einem abgeklärten Standpunkte gelangt ist. Dies ist um so bedauerlicher, als die Beobachtungen von Dejérine, Charcot, Chvostek, Leloir u. A. bekannt sind, welche eine Reihe von Efflorescenzbildungen, namentlich Blasenausbrüchen nach Verletzungen von Nervenzweigen, entstehen gesehen haben. Desgleichen ist bekannt, dass in Fällen von Lateralsklerosen und amyotrophischen Centralerkrankungen im Bereiche der erkrankten Nerven derartige Exantheme sich entwickeln. In meiner vor einigen Jahren erschienenen Monographie über die „neuropathischen Dermatonosen“ habe ich diese Zufälle eingehender erörtert und schon damals einige Fälle von Pemphiguserkrankung angeführt, bei denen es mir gelang, im Vereine mit Babes pathologische Veränderungen im Rückenmarke nachzuweisen, wie Sklerosirung der Goll'schen Stränge, Zellwucherung um die Gefässe der Hinterhörner und der hinteren Wurzeln. Indem ich auf diese Thatsachen hinweise, sei es mir gestattet, für diesmal nur kurz jener Erfahrungen zu gedenken, die ich in den letzten Jahren nach dieser Richtung hin gemacht habe. In den letzten vier Jahren (1886—1889) hatte ich zwölf Fälle von Pemphigus unter Beobachtung, von denen fünf mit Tod abgegangen sind, darunter zwei Fälle von Pemphigus foliaceus, zwei von P. acutus und einer von P. vulgaris pruriginosus. In allen den genannten fünf Fällen wurde das Rückenmark eingehend von Pertik, Prosector am Budapester allgemeinen Krankenhause, untersucht, und es fand sich: einmal Sklerose der Goll'schen Stränge, dreimal Zellwucherung um die Gefässe der Hinterhörner und der hinteren Wurzeln; die peripheren Nerven jener Körperpartien, wo der stärkste Blasenausbruch bestand, zeigten auch stellenweise Veränderungen, doch sind die diesbezüglichen Untersuchungen noch nicht vollkommen abgeschlossen, und werden selbe zu einer anderen Zeit mitgetheilt werden. Indem ich mir vorbehalte, später auf die in Rede stehende Frage noch eingehender zurückzukommen, will ich für diesmal nur die aus meinen Beobachtungen sich ergebenden Schlussfolgerungen in nachstehenden Punkten zusammenfassen: 1. Der Pemphigus ist eine Tropho- und nicht, wie Mosler ausführte, eine Angioneurose, da wir bei selbem tiefergreifende und die Gewebselemente betreffende Veränderungen zu beobachten vermögen. Die Blasenbildung selbst ist nur eine Theilerscheinung der Gesammterkrankung, und die anderen Efflorescenzen, welche vor und nach dem Blasenausbruche zu erfolgen pflegen, wie die eczematösen und erythematösen Veränderungen der Haut, haben die gleiche Dignität und sind als trophoneurotische Zufälle zu betrachten. 2. Der Ausgangspunkt der Pemphiguserkrankung scheint, soweit die von mir angestellten Untersuchungen reichen, in der Medulla oblongata zu sitzen, zum Theil dürften auch einzelne Ganglien hiebei mitbetheiligt sein. Die Veränderungen in den peripheren Nerven scheinen secundäre Erkrankungen darzustellen, jedenfalls ist eine weitere und eingehendere histologische Untersuchung

derselben dringend nothwendig. 3. Die Aetiologie dieses Leidens ist höchst dunkel, doch dürften psychische Momente nicht belanglos sein; in vier Fällen unter den angeführten zwölf Erkrankungen konnte zweifelsohne ein Zusammenhang zwischen tiefgreifenden psychischen Ursachen und Krankheitsausbruch constatirt werden. 4. Der Pemphigus pruriginosus ist eine der schwersten Abarten des Blasenausschlages selbst. Der Ausbruch der Blasen bildet, trotz grosser Zahl und Ausdehnung derselben, eine verhältnissmässig geringere Erscheinung, als die quälenden und kaum zu beschwichtigenden Zufälle, die das Jucken veranlasst. Durch die Persistenz desselben und die dadurch gestörte Tag- und Nachtruhe wird das Allgemeinbefinden empfindlich geschädigt. 5. Die Therapie ist bislang ziemlich ohnmächtig gegen die Ausbreitung und Zunahme des Grundleidens. Atropin durch mehrere Wochen anhaltend und in steigender Dosis gereicht (von $^1/_2$ Mgr. bis zu 2 Mgr. in zwei getheilten Tagesdosen in wässeriger Lösung) scheint auf die Blasenbildung einen hemmenden Einfluss zu üben. Prolongirte Bäder, sowie deckende und das Jucken vermindernde äusserliche Mittel sind von zweckdienlicher Einwirkung auf die locale Veränderung der allgemeinen Decke.

Kaposi (6): Jedes der von den geehrten Vorrednern bezüglich des Pemphigus vorgebrachten Momente verdiente eingehend erörtert zu werden. Doch vermag ich in den wenigen hier gegönnten Minuten kaum zwei davon und auch diese nur flüchtig zu berühren. Das eine bezieht sich auf die klinische Aeusserung der Krankheit in der eigenthümlichen Hauteruption und Verlaufsweise. Bezüglich beider empfängt nun Jeder einen besonderen Eindruck und eine entsprechende Vorstellung, je nach der Menge und der zeitlichen Frequenz der Beobachtungsfälle, die ihm zu Gebote gestanden. Wer eine bestimmte Anzahl von Fällen gesehen hat, mag, je nach der Beschaffenheit derselben einen sehr ungünstigen oder einen mehr günstigen Eindruck von dem Uebel empfangen, ferners je nach der Verschiedenheit oder Gleichartigkeit der Eruptionsform und des Verlaufes, sowie der Begleitungssymptome in den einzelnen Fällen an ihrer Zusammengehörigkeit zweifeln oder an dieselbe glauben. Ich habe nun anlässlich des Vortrages Mosler's die Jahresberichte unserer Klinik durchgesehen und zu meiner eigenen grossen Ueberraschung gefunden, dass ich seit dem Jahre 1866 bis 1889, d. h. in 24 Jahren, an 210 klinische Fälle von Pemphigus beobachtet habe. Schlage ich dazu auch nur die Hälfte als Beobachtungen im klinischen Ambulatorium und aus der Privatpraxis, so habe ich mehr als 300 Fälle von Pemphigus gesehen. Von 21 Jahren (1867—1887) habe ich die Verhältnisse genau excerpirt und finde da bezüglich der klinischen Fälle auf rund 50.000 Hautkranke 182 Pemphigus, d. i. 4·1 pro mille. Wenn ich aber von den (in Wirklichkeit) mehr als 50.000 Hautkranken 6000 Variolen-Kranke (1867—1887) abziehe, so bleiben 182 Pemphigus auf rund 45.000 Hautkranke, d. i. 4·7 pro mille. Von diesen 182 Pemphiguskranken starben 33, d. i. 17 Proc. Nun, 17 Proc. Mortalität ist nichts Erschreckendes. Allein sie haben eine ganz andere Bedeutung als 17 Proc. Mortalität bei z. B. Variola. Hier heisst dies so viel als von 100 Variolösen sind 17 gestorben, 83 genesen. Bei Pemphigus heisst dies aber, von 100 Pemphiguskranken sind 17 unter unseren Augen und in der Klinik gestorben, die übrigen 83 sind zwar „geheilt" und „gebessert" entlassen worden, aber gewiss grösstentheils auswärts später gestorben oder noch Todescandidaten; denn ich kenne nur einzelne wenige Fälle, von denen ich sagen kann, dass sie dauernd genesen sind. Bei einem grossen Beobachtungsmateriale ergibt sich also für Pemphigus eine recht schlechte Prognose. Und doch gilt dies wieder nur im Allgemeinen. Der einzelne Fall kann

immerhin mit dieser Auffassung in recht grellem Widerspruche stehen. Massgebend in dieser Beziehung ist der Charakter der Hauteruption. Der Pemphigus kann mit jedweder der bekannten Formen einsetzen und während des ganzen Verlaufes der Krankheit diesen Charakter beibehalten, d. h. durch viele Jahre, nahezu das ganze Leben (von in ultimis abgesehen), indem während jeder Eruptionsperiode, die bekanntlich auf viele Wochen und Monate sich erstreckt, die gleichen Formen, wie in der ersten Periode, auftreten. Darnach erscheint, wie in den meisten Fällen, ein Pemphigus mit disseminirten, prallen Blasen, in der Regel zugleich mit Erythema laeve, gyratum, urticatum, Urticaria, auf welchen da und dort die Blasen sich erheben, während andere Erytheme verschwinden, ohne zur Blasenbildung sich zu steigern. Jede solche Blase macht ihren physiologischen Verlauf durch, indem nach Eintrocknen der Decke sammt Inhalt unter der Krone die Epidermis sich regenerirt. Es bleibt nur eine Zeit lang Pigmentation zurück. So lange die Eruption derart sich gestaltet, haben wir einen Pemphigus vulgaris vor uns. Dabei kann derselbe afebril sein, wenn die Blasen immer nur vereinzelt und successive kommen, oder febril, wenn viele zugleich und dicht gedrängt erscheinen und nun gar Complicationen in Form von consecutiver Lymphangioitis etc. auftreten. Mancher leidet, wie ein hiesiger College, seit seiner Kindheit an Pemphigus vulgaris leichtester Art — Pemphigus solitarius —, er bekommt jeden zweiten bis achten Tag bald da, bald dort eine Blase, die längst verheilt ist, bevor die neue erscheint — das ist ein Pemphigus benignus, während langdauernde Ausbrüche von zahlreichen Blasen — namentlich zugleich der Schleimhaut — ein Pemphigus malignus sein und werden kann. Bei einem Anderen stellen sich von vornherein die Blasen circinnär zu einer älteren centralen Blase — Pemphigus circinnatus. Das kann auch noch gut ablaufen. Aber hier liegt schon die Gefahr vor, dass durch die randständige blasige Abhebung der Epidermis die Regeneration der letzteren im Centrum erschwert oder behindert wird, namentlich in den späteren Eruptionsperioden, wenn der Patient schon mehr herabgekommen ist. Damit ist die Gefahr gegeben, dass aus dem Pemphigus circinnatus ein serpiginosus, aus diesem ein foliaceus (Cazenave) wird — eine fast regelmässig direct zum Tode führende Form. Und so beginnt eine anderer Fall als Pemphigus pruriginosus (während bei Pemphigus vulgaris das Jucken nur den Desquamations- und Eczemvorgängen oder der jeweiligen präcursorischen Urticaria entspricht); ein noch anderer als Pemphigus crouposus, wie der von mir als solcher diagnosticirte und später von Borysikiewicz publicirte Fall, bei dem es durch Verwachsung der Conjunctiva mit dem Bulbus zu totaler Erblindung gekommen war; noch ein anderer als Pemphigus foliaceus, ein anderer als Pemphigus vegetans, papillaris, diphtheriticus. Man kann nun in zahlreichen Fällen die abwechselnde oder die der Intensitätsscala entsprechende successive Entwicklung all dieser Formen und Varianten, auch mit Rücksicht der Begleitsymptome, an einem und demselben Individuum beobachten; in den ersten Eruptionsperioden Pemphigus vulgaris mit grossen, schönen Blasen, in der nächsten Pemphigus solitarius mit hühnereigrossen, vielleicht hämorrhagischen Blasen, nach der nächsten Remissionsperiode kleinste Blasen mit vielen Urticariaquaddeln und heftigstem Jucken — Pemphigus pruriginosus — dann wieder einmal durchwegs oder untermischt Pemphigus circinnatus — schliesslich allerdings Pemphigus cachecticus oder foliaceus und Schluss des Drama. Wenn man nun Gelegenheit gehabt hat, aus Hunderten von Fällen sein Urtheil zu schöpfen (von Pemphigus neonatorum, infantum „contagiosus“ und „acutus“ sei hier ganz abgesehen, ebenso vom Verhältnisse des Schleimhautpemphigus), dann kommt man zu der innigen Ueberzeugung von der Zusammengehörig-

keit und Identität all dieser Formen, dass sie alle einen klinischen Process „Pemphigus" vorstellen. Man kommt aber auch zu einer besonderen Ansicht über die „Aetiologie" dieser bedeutungsvollen Krankheit. Ich habe nicht die geringste Einwendung zu erheben gegenüber der auch von den früheren Rednern ausgesprochenen Meinung von dem neurotischen Ursprunge des Pemphigus. Es gibt Fälle, für welche eine solche Annahme sich aufdrängt, was in der Bezeichnung Pemphigus hystericus, Pemphigus gestationis seinen Ausdruck gefunden hat. Andere mögen von anderen Centren neuro-reflectorisch entstanden sein, ähnlich wie mancher Fall von Urticaria chronica, zwischen welcher und dem Pemphigus überhaupt grosse Analogie oder Verwandtschaft besteht, aber doch keine Identität. Denn man kann Jahre und Jahrzehnte hindurch an Urticaria chronica und schwer daran leiden, selbst an Urticaria bullosa, aber das würde nie ein lebensgefährlicher Process. Also neurotisch veranlasster Pemphigus existirt — keine Frage. Aber in der überwiegendst grossen Zahl von Fällen ist eine neurotische Störung ganz ausgeschlossen. Was soll man dazu sagen, wenn ein 16jähriges Mädchen, ein 40jähriger wohlhabender Mann, eine 25jährige verheiratete Frau und lauter solche Personen, die bis gestern stets gesund, wohlgenährt, in der vollsten Behaglichkeit und Regelmässigkeit ihr Leben gefristet, ihrer Berufsthätigkeit obgelegen, heute mit Pemphigus erwachen und nun dem wechselvollen Leiden und seinem meist letalen Ende preisgegeben sind? Keinerlei moralische Aufregung, keinerlei materielle Nervenerkrankung, nichts, was überhaupt genannt werden könnte, war vorausgegangen. Ich sage also, für die überwiegende Mehrzahl der Fälle ist der neurotische Ursprung des Pemphigus nicht annehmbar. Von manchen Formen bekommt man dagegen den Eindruck, als wenn es sich um eine Infection von aussen her handeln würde. Das sind die Fälle von Pemphigus vegetans. An und um die Nasenflügel erscheinen urplötzlich 2 bis 3 kleine Gruppen von Bläschen, deren Decken gräulich-macerirt sich abheben und an deren Basis der Papillarkörper wuchernd, grau-röthlich warzig sich darstellt; dem Unerfahrenen ganz ähnlich einem Herpes labialis. Auf dem Gaumen bald ein paar Gruppen plaqueartiger Herde, einige circa anum; letztere Formen imponiren für syphilitische Papeln. Der Geübte erkennt den Pemphigus vegetans und damit ist die ungünstigste Prognose gegeben, binnen wenigen Monaten, unter Eruption von gleichen Formen in der Genitalregion, den Achselfalten, von Pemphigus foliaceus am Stamme etc. letaler Ausgang. Ich kenne nur 2 Fälle von auf 2 Jahre protrahirtem Verlaufe und einen von Heilung nach einem Jahre, Recidive nach 10 Jahren und Tod nach abermals Jahresfrist. Aber woher und welcher Art Infection? Die bisherigen bacteritischen Funde und Untersuchungen haben nichts Beweisendes ergeben. Ich kann diese in jeglicher Hinsicht nur unvollkommene Skizzirung der in Rede stehenden Krankheit nur mit der überzeugungsvollen Meinungsäusserung schliessen, dass wir erstens an dem klinischen Begriffe Pemphigus festhalten sollen, und zweitens, dass wir, richtiger, dass ich über die Ursache des Pemphigus (vom neurotischen abgesehen) nichts wisse.

Ehrmann (7) begrüsst es mit Genugthuung, dass die Möglichkeit des neurotischen Ursprungs wieder auf die Tagesordnung gebracht ist. Seine Opposition hätte seinerzeit so verstanden werden müssen, dass nicht jeder Pemphigus Rückenmarksbefunde böte. Mosler's positive Rückenmarksbefunde seien unzweifelhaft. Ehrmann entsinne sich des Falles eines 28jährigen Mädchens auf der Station Professor Neumanns, wo längs des Nervus ischiadicus Blasen entstanden. Dieser Fall allein genügt, hier den neurotischen Ursprung zu beweisen. Dann erinnere er sich an eine 56jährige Frau mit deutlich hysterischen Druckpunkten, die stets nach Gemüthserregungen neue Blasen bekam.

Neumann (8). Mosler hat diese bisher noch nicht genügend erforschte Krankheit, wie es der Pemphigus vulgaris ist, von verschiedenen Gesichtspunkten zu beleuchten gesucht. Zunächst hat er schon vor Jahren die Existenz des Pemphigus acutus gleich anderen Autoren vertheidigt; weiters scheint Mosler ein besonderes Gewicht darauf zu legen, dass der von ihm publicirte Fall von Pemphigus zuerst von der Schleimhaut der Lippen, Zunge, Gaumen ausgegangen, weil ihm aus der Literatur keine einzige Beobachtung von pemphigöser Primäraffection der Schleimhaut, wobei die übrige Haut noch frei war, bekannt ist und, wiewohl es ihm nicht gelungen ist, einen Bacillus in der Schleimhaut nachzuweisen, betont er trotzdem, dass das Wesen des Pemphigus durch bacterielle Untersuchung zu ergründen wäre. Schliesslich können vasomotorische Neurosen durch Reflex entstanden sein. Was zunächst die Existenz des Pemphigus acutus anbelangt, so wurde dieser von niemand Geringerem als Hebra ganz und gar in Abrede gestellt. Man war selbstverständlich einer Autorität von so eminenter Erfahrung gegenüber immer im Nachtheil, wenn man die Existenz eines Pemphigus acutus aufrecht zu halten glaubte, namentlich da dieser mit dem Herpes iris leicht zu verwechseln ist. Nur die Kinderärzte hatten ihre Ansicht stets mit Recht vertheidigt, denn welch erfahrener Pädiater hätte nicht Fälle beobachtet von acutem, serpiginösem, letal verlaufendem Pemphigus schon in den ersten Lebenswochen des Kindes, welcher keineswegs mit Pemphigus syphilit. neonatorum zu verwechseln ist. Jeden Zweifel über die Existenz des Pemphigus acutus adultorum glaube ich mit Bestimmtheit durch den Nachweis gehoben zu haben von der Existenz des Pemphigus vegetans, welcher kaum, da die ersten Efflorescenzen entwickelt sind, schon nach kurzer Zeit acut einen tödtlichen Ausgang herbeiführt. Nicht weniger als 10 Fälle dieser Art illustriren das eben Angeführte, von denen, 2 Fälle ausgenommen, die bestgenährten Individuen unter fortwährenden hochgradigen Fiebererscheinungen rasch herunterkommen, unter hochgradigem Marasmus, der, ohne Unterlass mit jedem Tage fortschreitend, zum Tode führt. Wiewohl ich demnach, noch bevor der Pemphigus vegetans von mir beschrieben wurde, gestützt auf Beobachtungen des Pemphigus bei Kindern, mich für die Existenz des acuten Pemphigus wiederholt ausgesprochen habe, so ist dieselbe erst durch Pemphigus vegetans ganz ausser Zweifel und ich befinde mich hier in Uebereinstimmung mit Mosler. Dagegen kann ich es gar nicht fassen, wenn Mosler behauptet, dass er keinen Fall aus der Literatur kenne, wo die Pemphigusblasen zuerst in der Mundhöhle aufgetreten wären und dann erst auf der äusseren Haut. Von gewöhnlichem Pemphigus vulgaris habe ich 2 Fälle beschrieben, in dem einen, wo die Blasen zuerst im Larynx und das zweite Mal zuerst auf der Epiglottis auftraten, und beim Pemphigus vegetans ist es zunächst gerade die Schleimhaut der Mundlippen und Rachenhöhle, die zuerst erkrankt, und erst dann die grossen und kleinen Labien. Die bacterielle Untersuchung hat leider bisher kein positives Resultat geliefert, was jedoch keineswegs die Möglichkeit, auf diesem Wege über diese räthselhafte Krankheit einstens Aufschluss zu bekommen, ausschliessen lässt. Ebensowenig hat sich eine Constanz der Ergebnisse der chemischen Befunde nachweisen lassen, weder hat sich freies Ammoniak constant im Blute und im Blaseninhalte gefunden, wie es Bamberger angegeben, noch zeigte sich constant Harnstoff in der Blase, noch weniger zahlreiche andere Substanzen, die von der ersten Kritik geprüft, z. B. von Jarisch, alsbald wieder vom Schauplatze verschwanden. Was weiters die durch Reflexe entstandenen Neurosen betrifft, so ist es allerdings noch fraglich, ob dieselben dem Pemphigusprocesse als solchem angehören oder aber, was wahrscheinlicher ist, secundär auftreten. Bei einzelnen Fällen von Pemphigus vegetans beobachtete ich in der That schmerzhafte Contracturen

in Knie- und Ellbogengelenken, die wenige Minuten nur dauerten und sich öfter erneuerten. Die Sehnenreflexe waren erhöht, in einem anderen Falle war der rechte Oberschenkel krampfhaft adducirt. Bei der leisesten Berührung traten krampfhafte Contracturen der Muskeln ein. In einem dritten Falle zeigten sich andauernde Contracturen in der Adductoren-Gruppe des rechten Oberschenkels, wodurch das rechte Knie krampfhaft über das linke gezogen wurde und gleichzeitig auch die Beweglichkeit im Knie und Hüftgelenke behindert war. Weiter waren hier erhöhte Reflexe, und zwar sowohl Erhöhung des Patellarsehnenreflexes, als auch der Sehne des Triceps, so zwar, dass bei der leisesten Beklopfung derselben schon Muskelzuckungen ausgelöst wurden. Der Fussreflex war nicht erhöht, auch war kein Dorsalclonus vorhanden. Dagegen war der Bauchdeckenreflex bedeutsam erhöht. Ferner hatte der Kranke rechterseits Ptosis, ohne dass der Bulbus in seinen Bewegungen behindert war. Die Intelligenz war herabgesetzt, die erwähnten Störungen waren durch drei Wochen constant, ohne sich in ihrer Vehemenz wesentlich zu ändern. Wenn demnach für einzelne Fälle derartige Beobachtungen constatirt sind, mit Sicherheit kann doch für die Mehrzahl der Fälle der Zusammenhang mit den Nerven nicht nachgewiesen werden und harrt noch die Pemphigusfrage ihrer definitiven Lösung.

Weber (10). Bemerkenswerth sei der eclatante Erfolg bei einem Falle von chronischem Pemphigus, eines innerhalb eines Jahres recht heruntergekommenen Patienten, dessen Blasen theils serösen, theils blutigen Inhalt hatten, und bei dem eine letale Prognose nach unseren bisherigen Erfahrungen zu machen war. Nachdem jede Therapie vergeblich gewesen, haben sich Bäder mit Kali hypermang. sehr bewährt. Nach drei Vierteljahren kein Recidiv. — Der Frage ob Pemphigus ansteckend sei, ist W. durch Versuche mit Impfungen des Pustelinhaltes auf Gesunde und die betreffenden Kranken selbst näher getreten. Er erhielt stets negative Resultate.

Purjesz (10). Es gibt sicherlich Fälle von Pemphigus, die den Eindruck von Infectionskrankheiten machen. Acute Fälle hat P. auch beobachtet, so einen Fall, wo die Temperatur nie unter 40° betrug, sogar die Schleimhaut der Urethra ergriffen war und Anfang der zweiten Woche heftige nervöse Erscheinungen auftraten. Ob das Verhältniss des acuten zum chronischen Pemphigus gleich dem der acuten zur chronischen Tuberculose sei, wäre werthvoll zu erforschen. P. nimmt jedenfalls einen acuten Infectionspemphigus an.

Mosler (Schlusswort zur Discussion über Pemphigus): Kaposi gegenüber erlaube ich mir nochmals auf die Worte meines Vortrages hinzuweisen, mit denen ich ausdrücklich hervorgehoben, dass unter dem Namen „Pemphigus" meiner Meinung nach zur Zeit noch mehrere Krankheiten zusammengefasst werden, weshalb ein einseitiger Stundpunkt in dieser Frage mir ferne liegt. Ich habe weiterhin betont, dass, ohne generalisiren zu wollen, die von mir beobachteten Fälle von Pemphigus zur Ansicht mich gedrängt haben, dass gewisse Formen, darunter auch genuiner Pemphigus, nicht als selbstständige Erkrankung, sondern als Symptom einer vasomotorischen Neurose aufzufassen sind. Ueber die Natur derselben wird Kaposi mit mir derselben Ansicht sein, ebenso wie ich nach obigen Worten seine Meinung theile, dass es noch andere Formen gibt, darunter auch solche, über deren Entstehung wir noch nichts wissen. Um Neumann's Angaben zu widerlegen, erübrigt nur, aus meiner Publication über Pemphigus chronicus malignus (Deutsche medicin. Wochenschrift 1890 Nr. 1) meine eigenen Worte zu verlesen, wonach ich nicht, wie Neumann behauptet, in der Literatur überhaupt keine Störungen der Mundhöhle bei

Pemphigus, sondern keine so hartnäckige Form des Pemphigus erwähnt gefunden habe. „In den mir bekannten Handbüchern der Krankheiten der Mundhöhle und der Zunge finde ich diese hartnäckige Form des Pemphigus nicht erwähnt, zumal dieselbe so lange ohne Mitbetheiligung der Haut existirt hat. In differentielldiagnostischer Hinsicht hat diese Beobachtung besonderen Werth.“ Purjesz gegenüber muss ich wiederholen, dass ich den acuten Pemphigus gar nicht in den Kreis meiner Betrachtung gezogen, darum auch nicht behauptet habe, dass er keine infectiöse Krankheit sei. Da auf diese Frage die Aufmerksamkeit einmal gelenkt ist, sei mir zum Schluss zu erwähnen gestattet, dass meiner Meinung nach auf Grund bakteriologischer Untersuchungen die infectiöse Natur des Pemphigus acutus zweifellos noch nicht erwiesen ist. Ich bin autorisirt, folgende briefliche Mittheilung des S.-R. M. Schulz in Berlin, der die Untersuchungen im Berliner hygienischen Institute vornimmt, hierfür zu erwähnen. „Im August vorigen Jahres habe ich Gelegenheit gehabt, aus dem Blaseninhalt des Pemphigus acutus neonatorun einen Mikrococcus fast in Reincultur zu isoliren. Nachher ward derselbe durch mehrere Generationen hindurch gezüchtet und später an mir selbst verimpft. Es stellte sich aber keine eigentliche Blasenbildung ein, sondern es entstand ein entzündlicher Process mit nachfolgender geringer Eiterung und Heilung unter einem kleinen Schorf. Nachdem ich mich hierdurch überzeugt hatte, dass der Mikrococcus bei anderen kein Unheil anrichten werde, ward derselbe von mir auf drei andere Personen übertragen, ohne dass bei denselben sich andere Folgezustände als die oben beschriebene entzündliche Reaction entwickelt hätten; namentlich zeigte sich keine Blasenbildung.“

Frank (11). Eine 28jährige unverheiratete Näherin leidet seit 3 Jahren an einem mit Kopfschmerzen und dem Gefühl von Brennen einhergehenden Hautausschlag, der in Form von grossen, mit wasserklarem Inhalt gefüllten Blasen auf Rücken, Gesicht und Extremitäten auftritt und nach 14tägigem Persistiren unter Zurücklassung von Pigmentation abheilt. Fast gleichzeitig stellten sich Menstruationsstörungen ein, die auf eine beiderseitige Oophoritis und Salpingitis bezogen wurden. Mit jeder, unter stets sich steigernden Beschwerden eintretenden Menstruation wurden neue Eruptionen des urticariaähnlichen Exanthems beobachtet und damit der Zustand der Kranken immer unerträglicher. Durch die Laparotomie werden nun beide Tuben und Ovarien entfernt und von der Stunde an ist Patientin frei von Unterleibsbeschwerden und frei von Hautausschlägen geblieben. Beobachtungsdauer zwei Jahre. H. Stern.

Sirsky (12) bringt in extenso zwei Krankengeschichten, durch welche er die Hypothese, dass Pemphigus vulgaris auf einer Alteration des Centralnervensystems beruht, stützen möchte. Der erste Fall, welchen er beschreibt, betrifft einen 63jährigen Mann, bei welchem Pemphigus in Blasen auf nicht entzündlicher, nicht erythematöser Haut auftrat, also in Form einer raschen und einfachen serösen Exsudation durch die Gefässe aufgetreten ist. In diesem Falle war die Section möglich. Gehirn und Rückenmark zeigten jene Veränderungen, welche von Jarisch und Babes als charakteristisch als Basis für davon abhängige Dermatosen angeführt wurden. Es handelt sich hier demnach um trophische und vasomotorische Störungen centralen Ursprunges. Die histologischen Veränderungen entsprechen dem medullaren Ursprung der Affection. Es wurde constatirt a) Mangel entzündlicher Veränderungen im Niveau der Blasen, b) Atrophie der Papillarschicht der Haut, c) Veränderungen des Endothelium der Hautgefässe und des Epithelium der Schweissdrüsen, d) Zunahme des Bindegewebes im Rückenmarke, in den Ganglien des Sympathicus, des cervicalen und Brustantheiles, im Plexus so-

laris und Gegenwart von globulären Massen colloider Natur in den Ganglien, e) Atrophie und pigmentäre Degeneration der Nervenzellen im Rückenmark und in den Sympathicusganglien, f) hyaline Entartung der Gefässwandungen im Mark und in den Sympathicusganglien. Der zweite Fall bezieht sich auf ein zwölfjähriges Mädchen, das, nervös belastet, eine Reihe nervöser Erscheinungen darbietet: Erhöhung der Sehnenreflexe, Unvermögen, bei geschlossenen Augen auf einem Fusse zu stehen, Insomnie, nächtliche Delirien. Die Läsion war immer symmetrisch, localisirte sich meist im Gesichte und an den Extremitäten. Die Krankheit währte sechs Jahre. Arsenik erwies sich als sehr wirksam. W. Pollak.

Bossion (13) theilt aus dem Hospital Mustapha zu Algier einen Fall von Zoster thorac. sin. mit, der nach einem Stoss durch eine Wagenstange bei einem 80jährigen Manne entstanden war. Acht Jahre vorher hatte derselbe Patient einen Zoster facialis dexter durchgemacht. Ausserdem war der Fall dadurch bemerkenswerth, dass neben hämorrhagischen Efflorescenzen an der Dorsalseite auch ein das subcutane Bindegewebe betreffender seröser Erguss mit Infiltration der Schultergegend eintrat, der eben so acut verschwand, wie der Zoster sich rückbildete. Das Trauma hatte aber 4 Wochen vorher stattgefunden und die Sternalregion getroffen.

K . . .

Pfeiffer (14) berichtet über 117 Fälle typischen Zosters, welche ihm auf Grund der vor 4 Jahren begonnenen Sammelforschung des ärztlichen Vereines von Thüringen zur Verfügung standen. Nach einer, hauptsächlich Manchot folgenden auszugsweisen Erörterung über die Hautarterien des menschlichen Körpers, wobei besonders auf das stellenweise Auseinandergehen von Nerven- und Hautarteriengebieten hingewiesen wird, gibt Verfasser einen Ueberblick der topographischen Localisation jener 117 Fälle, aus welchem, nach Pfeiffer's Ansicht die Thatsache hervorgeht, dass das Exanthem mehr der Verzweigung der Arterien als der Nerven folgt. Besonders bei dem Zoster pectoralis sei diese Erscheinung evident. Eine kurze Zusammenstellung der Verlaufsweise jener Fälle, ergibt das beinahe regelmässige Vorkommen von fieberhaften Prodromalerscheinungen und das häufige Vorkommen von Neuralgien; in einigen Fällen wurden nachfolgend Muskelschwund und Sensibilitätsstörungen beobachtet. Im letzten Abschnitt folgt eine Betrachtung über die Stellung des Herpes zoster zu den acuten Exanthemen, in welchem Verfasser zunächst die Hauptmotive der herrschenden Anschauung über den tropho-neurotischen Charakter dieser Hautkrankheit zu stürzen sucht und der (vorläufig aber noch durch keine histologische Untersuchung bekräftigten) Meinung Ausdruck verleiht, dass es sich primär um Verstopfung der Capillaren der ergriffenen Hautpartie durch im Blute kreisende (aber in demselben noch nicht nachgewiesene [Ref.]) niedere Organismen handle. Culturversuche aus dem Bläscheninhalte von 5 Fällen ergaben blos die Anwesenheit secundärer Eindringlinge deren Verimpfung ebenso wie die Impfung mit frischer Lymphe aus Zosterbläschen stets erfolglos blieb. Hingegen sollen sich in den Reteschichten specifische Zellformen finden, die bei Zoster bisher noch nicht beschrieben sind; sie sind den Mastzellen ähnlich, aber nicht identisch mit ihnen und finden sich auch bei Variola, Ovine, Vaccine und Varicella; nicht aber bei Pemphigus, Erythema multiforme, Cheiropompholyx etc. Aehnliche Zellformen (deren nähere Beschreibung im nächsten Referate folgt, Ref.) hat Verfasser auch bei der Epithelinfection des contagiösen Epithelioms der Vögel, ferner in der Niere mehrerer Schneckenarten gefunden. Verfasser kommt zu dem Schluss, dass „Zoster eine Infectionskrankheit sei, welche ihre örtlichen Aeusserungen vermittelst der Blutbahn erreicht",

die so oft beobachteten Veränderungen in den Spinalganglien seien nicht Ursache, sondern Folge des herpetischen Processes (leider lässt sich Verfasser nicht darüber aus, womit er diese Umkehrung des Causalnexus motivirt findet. Ref.).

Pfeiffer (14a). Diese Abhandlung bildet einen Nachtrag zu der eben referirten Arbeit und hat den Zweck, einen zusammenfassenden Ueberblick über die Cellularschmarotzer des Menschen und der Thiere zu geben. Verfasser theilt diese Parasiten vorläufig in folgende 3 Gruppen ein: 1. Cellularschmarotzer, welche blos örtlich beschränkte Epithelinfectionen ohne Weiterverbreitung in andere Elementarzellen verursachen (Coccidium, Klossia und Eimeria). 2. Sporidien (Myxo-, Sarko- und Mikrosporidien), welche ausser den Epithelzellen auch die Blutzellen inficiren und auf diese Weise an entfernten Körperstellen Neuinfection verursachen können; sie geben hauptsächlich zu Mischinfectionen durch Eiterorganismen Veranlassung. 3. Obligate Blutparasiten. Aus der systematischen Einzeldarstellung der zu den drei Gruppen gehörigen Formen können wir wegen der Reichhaltigkeit des Materials nur das Wichtigste hervorheben und verweisen bezüglich der zahlreichen interessanten Details auf das Originale. 1. Gruppe. a) Infection des Nierenepithels bei den Schnecken und bei der Hausmaus durch Klossia. Verfasser stellte seine Untersuchungen hauptsächlich an Helix hortensis, H. nemoralis, H. arbustorum und an Succinea Pfeiferi an und kam zu ähnlichen Resultaten wie Kloss und Aimé Schneider. Die von den sichelförmigen und lebhaft beweglichen Keimen befallenen Epithelzellen hypertrophiren oft in colossaler Weise; es kommt dann innerhalb der Zellen zur Einkapselung, Sporoblastbildung, endlich zur Differenzirung von sichelförmigen Keimen und Restkörpern, womit der Cyclus geschlossen ist. Der Parasit gehört zur Gruppe der Coccidien u. zw. zu den Psorospermien. b) Epithelinfection im Darmcanal durch Eimeria bei der Hausmaus, vom Verfasser im Mitteldarm eines Arthropoden (Lithobius forficata) verfolgt. Aehnlicher Cyclus wie bei Klossia. c) Infection des Darmepithel durch Clepsidriana bei Blatta germanica. Eine Infection, bedingt durch eine dreigliederige Gregarine und von Rutschli zuerst beobachtet. d) Infection der Leberepithelien durch Coccidium oviforme beim Kaninchen. e) Epithelinfection im Darmcanal durch Coccidia (Coccidium perforans Leuckart). 2. Gruppe. a) Die Infection der Muskeln durch Sarkosporidien bei den Warmblütern (Miescher'sche Schläuche). Vom Verfasser hauptsächlich an Schafen studirt, bei welchen die Sarkosporidien oft bis erbsengrosse Cysten in der Speiseröhre, im Herz, auf der Pleura cost. und auf dem Peritoneum bilden. b) Infection der Muskeln bei der Barbe durch Myxosporidien. Eine bei der Moselbarbe endemisch vorkommende Krankheit, welche den Tod vieler Thiere zur Folge hat. Die grösseren Cysten brechen oft durch die Haut auf und der Körper der ergriffenen Fische ist daher von Beulen und Geschwüren besäet. c) Epithelinfection durch Myxosporidien in der Harnblase des Hechtes. d) Mikrosporidien der Insecten (Pebrine). 3. Gruppe. a) Herpetomones Lewisii. Flagellate besonders häufig im Blute des Hamsters. b) Plasmodien und Trypanosomaformen im Blut (Malaria). c) Blutinfection bei Emys lutaria (Haemogregarina Stepanosis Danilewsky. d) Haemogregarina lacertae Danilewsky. e) Haemogregarina avium, von Danilewsky Polimitus avium genannt, verdient besondere Beachtung wegen seiner grossen Aehnlichkeit mit den menschlichen Malariaorganismen; sie ist hauptsächlich im Blute von Eulen zu finden. F. Gaule's Blutwürmchen (Drepanidium ranarum). Nach den protozoischen Infectionen der Thiere gibt Verfasser noch eine kurze, aber sehr lehrreiche Aufzählung der, gleichfalls durch Protozoen erfolgenden und in ähnlicher Weise wie bei den

Thieren zu Hypertrophie (Gallenbildung) führenden Epithel-Infectionen der Pflanzen (Synchytria Plasmodiophora). Als ausserhalb dieser drei Gruppen stehende und wegen der mangelhaften Kenntniss ihrer Biologie und Morphologie noch nicht in das zoologische Schema einzureihende Parasiten sieht Verfasser die Körper an, welche sich im Epithelioma contagiosum und in dem Inhalte verschiedener Bläscheneruptionen finden. Was das Epithelioma contagiosum anbelangt, so hatte Verfasser blos Gelegenheit, das bei Hühnern, Truthühnern und Tauben vorkommende contagiöse Epitheliom, nicht aber das Molluscum cont. des Menschen zu untersuchen. Er fand die Zellen des Rete Malpighii den Knötchen entsprechend beträchtlich hypertrophisch und von zahlreichen „Fremdlingen" besetzt, welche den Zellkern an die Zellwand geschoben haben. Die Parasiten erscheinen bei Haematoxylin-Picrinfärbung gelb, während das übrige Rete blau gefärbt ist. Sämefuchsin-Methylenblaufärbung soll die Differenzirung noch deutlicher geben; auch Impfpräparate, welche mit künstlichem Magensaft behandelt werden, um alle Epithelzellen aufzulösen, sollen lehrreiche Präparate geben. Deutliche Sporenbildung wurde nicht beobachtet, auch nicht die Bildung von Pseudonavicellen, welche Neisser bei Mollusc. contag. fand. Verfasser reiht diese Parasiten deshalb nicht den Coccidien zu. Im Uebrigen stimmen die Befunde des Verfassers mit jenen Neisser's überein. Es wird noch als hierher gehörig, auf die Arbeiten von L. Wickham (La maladie de Paget du mamelon) und von J. Darrier (La psorospermose folliculaire végétante) hingewiesen. Im Inhalte frischer Bläschen von Herpes zoster finden sich theils freie „amöboide", aus den Epithelzellen ausgefallene Körper, theils auffallend grosse Kugelzellen mit Kern und lebhaft beweglichem Ektosark; auch ist innerhalb dieser Zellen häufig Theilung in mehrere Stücke (Sporulation?) wahrzunehmen, oder es finden sich schliesslich grosse Epithelzellen, welche von „Sporennestern" oder Kugelzellen inficirt sind. Alle diese, in verschiedener Form und Grösse vorhandenen Körper sollen sich auch im Exsudat von Variola, Vaccine, Ovine, Varicella und Pemphigus finden. Verfasser neigt zu der Ansicht hin, dass sie eher zu den Rhizopoden als zu den Coccidien gehören. Im Blute der betreffenden Kranken wurden sie nicht wiedergefunden, doch nimmt Verfasser dennoch an, dass das Blut der Infectionsträger sei. Auch in Zupfpräparaten eines Melanosarkoms wurden vom Verfasser (wie schon früher publicirt) ähnliche Epithelparasiten entdeckt. Ueber die Bedeutung dieser höchst auffallenden Befunde äussert sich Verfasser mit grösster Reserve und er appellirt an die Fachzoologen, sich dieser Gebilde anzunehmen und ihnen die ihnen zukommende Stellung in der Zoologie anzuweisen. Es wird aber auch andererseits sehr nothwendig sein, dass von medicinischer Seite den Protozoen vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werde, denn dieselben nehmen, wie die dankenswerthe Zusammenstellung des Verfassers zeigt, schon jetzt einen wichtigen Platz in der Pathologie des Thieres und des Menschen ein und wir können die Lecture des Originals allen Fachgenossen, die sich für Parasitenkunde interessiren, nur wärmstens empfehlen. Die bei Gustav Fischer in Jena erschienene Separatausgabe ist mit 34 Abbildungen im Text und einer Tafel instructiv ausgestattet. Mannaberg.

Von 1886—1888 hat Schiff (15) auf der dermatologischen Abtheilung des Kinderkrankeninstitutes 1017 hautkranke Kinder behandelt, darunter 449 mit Eczem in allen möglichen Formen. Die häufigste Erkrankungsform war Eczema capillitii; die grösste Zahl von Patienten lieferten die Kinder im zweiten Lebensjahre. Prävalent war das acute Eczem mit Knötchen, Bläschen, Pusteln, Borken und grossen nässenden Flächen. Diese Thatsache erklärt sich leicht aus folgenden anatomischen Hauteigenthümlichkeiten des

Kindesalters: die Dünnheit der Epidermis und daher die oberflächliche Lage der gefässführenden Papillen; der starke Turgor der jugendlichen Haut und endlich die Hypersecretion der Hautdrüsen. Diese Eigenthümlichkeiten der Haut und entsprechende Schädlichkeiten können leicht ein Eczem bewirken. Therapeutisch wird hervorgehoben das Meiden zwecklosen Waschens und Reibens; die Anwendung milder Salben, wie Lassar's Paste; die Oelhaube und Streupulver gegen das intertriginöse Eczem.

Horovitz.

Schirren (16) veröffentlicht aus der Lassar'schen Klinik zehn Fälle von Psoriasis, die mit gutem Erfolge mit 10 procentigen Aristolsalben und 10 procentigen Aristolpasten (Zinkamylum) behandelt wurden. Das Mittel wurde täglich angewendet, höchstens in Verbindung mit einfachen Wasserbädern. In 5 Fällen von Lupus konnte mit dem Präparat keine Heilung erzielt werden. O. Rosenthal.

Luciani (17) fand in einem Falle von universeller Psoriasis, den er wegen der In- und Extensität der Erkrankung und wegen der wiederholten Recidiven als eine Psoriasis gravis bezeichnet, bei der mikroskopischen Untersuchung eines excidirten Hautstückchens sowohl in der Cutis und im subcutanen Bindegewebe, als auch in der Schleimschicht der Epidermis eine leukocytäre Infiltration; unter den Infiltrationszellen fanden sich sehr deutliche karyokinetische Formen und zwar am zahlreichsten in der Cutis. In letzterem Befunde erblickt Luciani eine Widerlegung der Ansicht jener Autoren, welche bei der Psoriasis die Infiltration der Cutis als ein rein mechanisches, von den krankhaften Veränderungen der Epidermis abhängiges anatomisches Phänomen erklären. Dornig.

Besnier (18) zeigt einen 26 jährigen Kranken, bei welchem sich die Eruption besonders prägnant darstellt. Klinisch charakterisirt sie sich durch Hyperkeratose des Infundibulum des Haares; durch Congestion im oberflächlichen Gefässnetze, durch welche eine Hautröthe entweder im Niveau der Läsion selbst oder im Raume zwischen den Follikeln entsteht; durch secundäre Veränderung der Haarentwickelung, was Atrophisirung, Inclusion, Ablenkung, selbst Zerstörung des Haares (Atrophie) zur Folge haben kann. Die einzelnen Eruptionen überragen oft das Hautniveau nicht, sind daher nicht zu fühlen, und präsentiren sich als miliärer Fleck, welcher die Peripherie des Haarfollikels einnimmt, auf Druck schwindet, auf Nachlassen desselben wiederkehrt. An anderen Stellen findet man jedoch deutlich Prominenzen, die an der Spitze sehr leicht schuppen und von einem atrophischen Haare durchbohrt sind. Durch Confluenz können narbige Stellen entstehen, auf welchen die Haare atrophisch werden. Subjectiv-Empfindungen sind fast nicht vorhanden. W. Pollak.

Gamberini (19) wendet sich gegen die Benennungen Pityriasis rubra und Pityriasis rubra pilaris, da der, diese beiden Affectionen begleitenden Abschuppung der Haut nur eine nebensächliche Bedeutung zukomme. Die Pityriasis rubra (Devergie, Hebra?) sei nichts Anderes, als eine Dermatitis mit secundärer Erkrankung der Epidermis, woraus die Ungenauigkeit des Namens Pityriasis erhelle. Auch bei der Pityriasis rubra pilaris handle es sich, wie aus der jüngst von Besnier gegebenen Beschreibung dieser Affection hervorgehe, in erster Linie um einen entzündlichen Process der verschiedenen Schichten der Haut, auch hier sei die Erkrankung der Epidermis secundärer Natur. Der Name Pityriasis müsse ausschliesslich für die einfache Ablösung der Hornschicht der Epidermis reservirt bleiben, welche Ablösung je nach den verschiedenen Ursachen, welche sie bedingen, verschiedene Formen annehmen könne. Dornig.

In Widerspruch mit den Angaben in Ziemssen's Handbuch und Eulenburg's Real-Encyklopädie findet Lowinsky (20) nur einen Fall in der Literatur, der das Vorkommen von Furunculose bei Diabetes insipidus beweist. (Flatten, Arch. f. Psychiatrie 1882.) Verfasser hat einen 56jährigen Mann beobachtet, der längere Zeit, mindestens einige Wochen an Polydipsie und Polyurie litt. Symptome, die erst zur Sprache kamen, als eine plötzliche Eruption von Furunkeln den Patienten zum Arzte führten. Tages-Harnmenge 6—8000, specifisches Gewicht 1002—1008, kein Albumen, kein Saccharum. Die Trockenheit der Haut bei Diabetes insipidus bringt Verfasser auf die Vermuthung, dass der Wasserverlust der Schweissdrüsen zur Furunkelbildung disponire. Thatsächlich handelte es sich in dem beschriebenen Fall um Schweissdrüsenfurunkel (tieferer Sitz in der Haut, Fehlen des centralen Bläschens, respective später des centralen Pfropfes im Gegensatze zu den Talgdrüsenfurunkeln), allein nur die Häufigkeit des Zusammentreffens von Furunculose mit Diabetes insipidus könnte eine eventuelle Zusammengehörigkeit erweisen. Hans Stern.

Bousquet (21) hat in 18 mikroskopischen Präparaten von Impetigo-Eiter immer eine mehr minder grosse Anzahl von Mikroorganismen gefunden, welche stetig derselben Form von Mikrococcen angehörten. Er fand niemals den Kohn'schen Pilz, nie das Piffard'sche Körperchen, noch die Sporen und Mycelien Dewewre's. Es ist zweifelhaft, dass die letztgenannten Parasiten die Erreger der Impetigo seien, vielmehr müsse man annehmen, dass es die Mikrococcen seien, die er constant und immer in derselben Form als isolirte Körperchen, als Diplococcen oder als Coccen in Ketten angetroffen hat. Bousquet hat mit Impetigo-Eiter Reinculturen gemacht, in welchen er ausschliesslich Staphylococcen sich entwickeln sah. Dieser Staphylococcus ist mit jenem identisch, welchen man in allen Arten Eiter findet, und um den Beweis zu erbringen, dass dieser Staphylococcus thatsächlich der Krankheitserreger sei, machte Bousquet an sich selbst Impfungen mit Staphylococcus pyogenus albus, den er durch die Reinculturen erzielte. Eine gut desinficirte fünffrancsstückgrosse Hautstelle am Vorderarme wurde leicht mit einer Nadel gekratzt und hierauf mit dem Impfstoff gerieben. 4 Stunden darnach war die Hautstelle geröthet. Tags darauf traten 45 Pusteln von der Grösse eines Stecknadelkopfes, zumeist in den Linien, in welchen die Haut gekratzt wurde, auf. Nach 4tägigem Bestande waren diese Pusteln eingetrocknet, ohne Narben zu hinterlassen. Gleichzeitig waren am Vorderarme auch an Stellen, wo nicht geimpft wurde und wohin das Contagium nicht gekommen war, Pusteln aufgetreten. Von dem Inhalt dieser Pusteln impfte Bousquet ebenfalls an sich ab. Auch der Eiter dieser Pusteln erwies sich als contagiös. W. Pollak.

Leloir (22) beobachtete in den grossen nordfranzösischen Spinnereien eine papulöse, papulo-pustulöse Entzündung der Haarfollikel und deren Umgebung, von welcher fast alle männlichen Arbeiter befallen werden. Sitz der Läsion sind die Vorderseiten der Oberschenkel, der Waden, seltener der Oberextremitäten. Die Affection ist symmetrisch; ihre Pathogenese ist folgende: Die Arbeiter, welche ihre Apparate und Hilfsmaschinen in Gang halten, sind genöthigt, dieselben beständig zu beölen, wodurch sie ihre Finger continuirlich mit Oel befeuchten. Dadurch, dass sie ihre von Oel beschmutzten Hände in ihre Beinkleider wischen, werden diese mit der Zeit mit Oel stark imprägnirt. Die Obsorge der Arbeiter für Reinlichkeit ist eine geringe. Es bleiben die ölgetränkten Hosen fort und fort in Contact mit der Haut der Arbeiter, welche schliesslich irritirt wird und an Folliculitis pilaris erkrankt, deren Exacerbation die Perifolliculitis und Dermatitis ist. Arbeiter, welche auf Reinlichkeit nicht achten, wechseln die Beinkleider

auch während der Arbeit nicht. Die Gewohnheit, die Hände an den Hosen in der Region der Oberschenkel, seltener der Waden, zu reinigen, erklärt die Localisation des Leidens. Das Oel, welches bei diesen Metiers benützt wird, ist die schlechteste Sorte Mineralöls. Die Affection ist (Angesichts der Aetiologie) leicht zu erkennen. Die Läsion zeigt die grösste Aehnlichkeit mit der Theer-Acne und wird von wenig Geübteren mit Prurigo, Scabies verwechselt. Nach Entfernung des schädlichen ursächlichen Momentes heilt die Affection in einigen Wochen spontan. W. Pollak.

Auch Heitzmann (23) scheint die Acne als eine Retentionsaffection der Hauttalgdrüsen anzusehen und unterscheidet 3 Formen dieser Krankheit. Bei der ersten Form sind die Schmerpfröpfe klein, weich und leicht ausdrückbar und die Krankheit ist überdies mit Seborrhöe complicirt, so dass das Gesicht einen öligen Glanz bekommt. Die zweite Form ist durch lange, harte Pfröpfe und Papeln charakterisirt. Die dritte Form zeigt statt der Papeln Pusteln mit einem entzündeten Infiltrationswall. Gegen die erste Form wendet man mit Vortheil die Vlemingkx'sche Lösung an, nur soll, wenn eine Reizung oder stärkere Abschuppung eingetreten ist, eine milde Salbe eingerieben werden. Bei der zweiten Form soll durch eine künstlich eingeleitete Entzündung die Oeffnung der Talgdrüsen erweicht und die Comedonen ausgedrückt werden. Seifen mit medicamentösen Zusätzen, Schälsalben oder Pasten genügen dieser Indication. Bei der pustulösen Form sollen die Pusteln eröffnet, ausgedrückt und nachher das Terrain mit einem 3%igen Salicylalkohol gewaschen werden. Auch die Massage der Gesichtshaut wirkt nützlich auf den Ablauf der Affection. Horovitz.

Spillmann und Parisot (24) treten der Ansicht entgegen, dass Furunculosis gepaart mit Polyurie ein verlässlicher symptomatischer Hinweis auf Diabetes mellitus sei. Sie haben Furunculosis auch bei anderen Erkrankungen, z. B. der chronischen Nephritis und der einfachen Polyurie gesehen und führen für letztere zwei einschlägige Krankengeschichten an. Der eine Fall betraf einen 43jährigen Mann, welcher Harnmengen von 4000 Ccm. und darüber täglich producirte und nach einer persistenten Polyurie an Tuberculose zu Grunde ging. In seinem Urin war niemals Zucker oder Eiweiss. Der zweite Fall bezieht sich auf ein 17jähriges Mädchen, das täglich bis 8 Liter stets zucker- und eiweissfreien Urin entleerte und durch eine Opium-Belladonabehandlung Heilung fand. Verfasser glauben, dass Furunculosis sich entwickelt, wenn den Geweben, also auch der Haut, Wasser in grossen Mengen entzogen wird. Durch Deshydratation der Haut wird dieselbe in ihrer Vitalität, in ihrer Ernährung herabgedrückt. Die Furunculosis ist die Folge einer länger dauernden Entwässerung der Haut. W. Pollak.

Galvagni und Mazzotti (25) suchen auf Grund von 21, theils eigenen, theils fremden Beobachtungen, den Nachweis zu liefern, dass die Aufstellung einer besonderen Krankheitsform unter dem Namen Anasarca a frigore s. essentiale im Sinne der alten Autoren auch heute noch ihre volle Berechtigung habe. Dornig.

In einer, die bisherige Literatur über das acute, umschriebene Hautödem und die Ansichten über das Entstehen desselben zusammenfassenden Arbeit, hält Joseph (26) es für berechtigt, die in Frage stehende Affection, hauptsächlich vom klinischen Standpunkte aus, fortan als gesonderte Krankheitsform zu betrachten. Er beobachtete folgende Fälle: Bei einem 5jährigen Knaben entstanden seit 2½ Jahren — angeblich nach vorhergegangenem, 1 Jahr langem Gebrauche von Ungarwein — bei kaltem Wetter plötzliche Anschwellungen im Gesicht und an den Händen. Zu diesen gesellten sich

im letzten Winter, nach längerer Einwirkung von kalter Luft, Anfälle von paroxysmaler Hämoglobinurie. Verfasser nimmt an, dass in den Oedemen der Haut, in Folge der Kälteeinwirkung, ein Zerfall der rothen Blutkörperchen und durch die Niere nur die Ausscheidung des Hämoglobins stattgefunden habe. Der zweite Fall betrifft einen 20jährigen Stud. med., der seit 2 Jahren an ausgesprochenem Morbus Basedowii litt. Hier zeigten sich seit 6 Jahren Oedeme zugleich mit häufigen Urticaria-Anfällen. Während die Urticaria am ganzen Körper auftrat, waren die Oedeme nur an Händen und Füssen, an den Lippen und einige Male auch an der Zunge vorhanden. Hier kamen die Erscheinungen aber nur im Sommer vor. Auf dieses bisher noch nicht beobachtete Zusammentreffen beider Affectionen macht Joseph besonders aufmerksam. In einem dritten Fall, der einen 37jährigen Maschinenwärter betraf, traten die Anschwellungen am ganzen Körper, hauptsächlich aber im Gesicht, auf; einmal zeigte sich ein Oedem des Zungenbodens, ein anderes Mal der rechten Zungenhälfte. Bei diesem Patienten konnte ein Zusammenhang mit Alkoholgenuss nachgewiesen werden. Sobald er letzteren einschränkte, wurden die Anschwellungen seltener oder hörten wochenlang auf.

O. Rosenthal.

Courtois-Suffit (27). Patient hatte 4 Monate vor Eintritt ins Spital die ersten Erscheinungen seines Leidens. Ohne bekannte Ursache trat auf der rechten Wange eine ödematöse Röthe und Schwellung auf, welche 2 Tage bestand. Nach einer Zwischendauer von einigen Tagen erschien ein ähnliches Oedem an einem Handgelenke, welches nach 24 Stunden verschwunden war. Seitdem treten in verschiedenen Zeitpausen fort und fort an verschiedenen Körperstellen Schwellungen auf, welche sich nie länger als 2 Tage hielten. Die Eruption war weder schmerzhaft noch juckend. Am Tage seines Eintrittes ins Spital zeigte Patient ausgesprochene, umschriebene, ödematöse Stellen, welche ein ganz charakteristisches Aussehen hatten. Am Sternum befand sich eine handgrosse Schwellung, welche den Raum zwischen beiden Schlüsselbeinen einnahm und links bis etwa 3 Finger breit von der Brustwarze reichte. Das Oedem war schmerzlos, behielt den Fingerdruck. Aehnliche Oedeme fanden sich oberhalb des Schambogens, an der Innenseite des Oberschenkels, an der Aussenseite des rechten Kniegelenkes, der Kniebeuge derselben Seite, an beiden Waden, am linken Schulterblatte und am Gesässe. Tags zuvor war auch das Präputium geschwellt. Alle Schwellungen hatten dasselbe Aussehen. Die Schwellung ist eine ödematöse. Die Ränder des Oedems sind leicht elevirt, seine Färbung ist gleichmässig rosenroth, nimmt gegen die Ränder unmerklich ab und setzt sich in die gesunde Haut fort. Die Schwellungen sind von ungleicher Ausdehnung, unregelmässig kreisrund, schmerzlos, jucken nicht und gehen unter dem Fingerdrucke zurück. Das Leiden erzeugt keine Allgemeinstörung, ist von keinem Kopfschmerz begleitet, erzeugt keine Schlaflosigkeit, keine Verdauungsstörung. Weder Eiweiss noch Zucker im Urin. Während des Spitalaufenthaltes wechselte die Localisation dieser flüchtigen, meist nur tagsüber bestehenden Oedeme ungemein oft. Durch einen Monat wurden diverse Medicamente, Arsenik, Jodkali, Natron salicyl. ohne Erfolg versucht.

W. Pollak.

Nach einer eingehenden Besprechung und Kritik der bisher aufgestellten Theorien für die Ursachen des Todes nach Hautverbrennungen, theilt Silbermann (28) seine eigenen, auf 8 Thierversuchen basirenden Ansichten mit, die sich an die von Ponfick aufgestellte Theorie anschliessen. Die Hauptergebnisse der Arbeit sind folgende: 1. Nach schweren Hautverbrennungen tritt nicht nur eine Formveränderung der rothen Blutkörperchen, sondern auch eine Verminderung ihrer Resistenz gegen gewisse Einwirkungen (Trocknung, Hitze, Compression, Kochsalzlösung, Tinction) auf.

2. Die in morphologischer, wie in vitaler Beziehung rothen Blutkörperchen bedingen in Verbindung mit den nach der Verbrennung so zahlreich auftretenden Blutkörperchentrümmern und Blutplättchen das Zustandekommen vieler thrombotischer Gefässverschlüsse und Stasen in den verschiedensten Organen, so vor Allem in den Lungen, in den Nieren, im Digestionstractus, Leber, Hirn und Unterhautzellgewebe. 3. Diese Gefässverlegungen, welche am häufigsten und grössten in der Pulmonalarterie sich finden, sind intravital entstanden. 4. Aus den so zahlreichen Gefässverschlüssen und Stasen in den Lungenarterienzweigen resultirt einerseits ein sehr bedeutendes Hinderniss für die Entleerung des rechten Ventrikels, und eine enorme, allgemeine venöse Stauung, andererseits eine grossartige arterielle Anämie. 5. Die letztere, sowie die so bedeutende venöse Stauung, ferner die zahlreichen Thromben und Stasen bewirken die Blutungen, Geschwürsbildungen und parenchymatösen Veränderungen der Organe. 6. Aus den eben angeführten Circulationsstörungen erklären sich ferner die bei Verbrennungen auftretenden Krankheitserscheinungen, so die Dyspnöe, die Cyanose, das Coma, die Kleinheit des Pulses, die Lungenaffection, die Krämpfe, die Anurie und die so auffällige Erniedrigung der Hauttemperatur. 7. Der tödtliche Ausgang bei nicht umfangreichen Verbrennungen der Kinder ist einmal durch die in Folge der dünneren Haut intensivere Hitzewirkung auf die rothen Blutzellen, ferner durch geringere Resistenz der kindlichen Erythrocyten, drittens durch das im Kindesalter auffallend kleine, und deshalb nur wenig leistungsfähige Herz bedingt.
Gerber.

Im städtischen Krankenhause in Friedrichsheim wurden unter Bardeleben (29) in letzter Zeit Verbrennungen derartig behandelt, dass die betroffenen Stellen gründlich gereinigt, mit Carbol- ($2\frac{1}{2}-3\%$) oder Salicylsäurelösungen ($3\permil$) abgespült und dann mit Magisterium Bismuthi subtilissime pulverisatum eingepudert wurden. Darüber wurde ein Verband mit Bruns'scher Watta angelegt. Die Erfolge waren überraschend: wenig Schmerzen und schnelle Heilung, gewissermassen unter trockenem Schorf. Bei grossen Brandflächen lösten Salbenverbände den Wismuthtrockenverband ab. Intoxicationen wurden auch bei den ausgedehntesten Flächen nicht beobachtet.
O. Rosenthal.

Die Thatsache der Wechselbeziehung zwischen Blutgefässen der Haut und des Genitaltractes wird von Loebel (30) in einem Falle demonstrirt und somit eine alte Erfahrung, die den Dermatologen gut bekannt war, weiter erhärtet. Seit 4 Monaten vermisste die 50 Jahre alte Patientin die Menstruation; dafür traten Schlaflosigkeit, Kreuzschmerzen, Wallungen und Hautjucken auf. Zugleich bemerkte die Kranke eine Menge rother Flecken, die sich immer mehr verbreiteten. Die Flecken sind über die Extremitäten verbreitet, bilden punktförmige bis linsengrosse, unter dem Fingerdrucke nicht schwindende, zum Theile schon abgeblasste, zum Theile noch lebhaft roth gefärbte Efflorescenzen. Loebel leitet die Blutaustritte von erhöhtem Drucke in den Gefässen ab und unterstützt diese Meinung durch direct gemessene Blutdruckerhöhung mittelst des Sphygmomanometers.
Horovitz.

Rinonapoli (31) fügt zu einem von ihm im Jahre 1886 beschriebenen Fall von Purpura perniciosa, wie er die fragliche Erkrankung bezeichnet, einen zweiten hinzu, welchen er bei einem von gesunden Eltern stammenden, normal entwickelten und gut genährten, bis dahin gesunden achtmonatlichen Kinde zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Erkrankung setzte plötzlich mit dem Auftreten zahlreicher Hauthämorrhagien, von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu jener eines halben Francsstückes, ein. Temperatur normal, Puls klein, celer, 130 in der Minute. Harn spärlich, alkalisch,

Spuren von Eiweiss enthaltend. Das Kind collabirte rasch und starb nach 18 Stunden. Die Obduction ergab ausser Anämie der inneren Organe nichts Abnormes. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes liess, entsprechend den grösseren Blutflecken, Zerfall der rothen Blutkörperchen erkennen. Keine Mikroorganismen. Nach Rinonapoli befällt die „Purpura perniciosa" ausschliesslich Kinder im Alter von 3 Monaten bis zu 3 Jahren. Die Annahme Guelliot's dass es sich in diesen Fällen um Typhus handeln würde, hält Rinonapoli für nicht gerechtfertigt, da sowohl der afebrile Verlauf, als auch das Fehlen der Milzvergrösserung, dagegen sprechen; hingegen glaubt er eine perniciöse Infectionskrankheit annehmen zu sollen, welche direct auf die Capillaren wirkt und vielleicht eine sehr acute Degeneration und damit eine excessive Zerreissbarkeit derselben bedingt, woraus die Hauthämorrhagien und der letale Ausgang der Erkrankung resultiren würden. Dornig.

Bildungsanomalien.

(Hypoplasien, Hyperplasien, Paraplasmen der Epidermis und Cutis.)

1. **Rabl.** Ueber Sklerodermie. — Sitzungsber. d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien, Wiener klin. Wochenschr. 1890, Nr. 18.
2. **Neumann.** Dasselbe. — Ibidem.
3 **Kaposi.** Ueber Aetiologie und Therapie der Sklerodermie. — Ibidem.
4. **Carini.** Un caso raro di xantoma piano e tuberoso in una bambina affetta da cirrosi ipertrofica del fegato. — Arch. ital. di pediatria, VII. Jahrg., Nr. 3.
5. **Payne** J. F. Ein Fall von Molluscum fibrosum combinirt mit Nerventumoren. — Clinical Society Transactions, 1889.
6. **Hallopeau.** Neuro-fibromes multiples. — Wochensitzung d. Aerzte d. Hôp. St. Louis, Paris, April 1889. (Ann. de Derm.)
7. **Katz** A. Harnuntersuchungen in einem Falle von Morbus Addisoni. — Wiener med. Blätter 1890, Nr. 21.
8. **Besnier.** Mélanodermie généralisée, avec pigmentation des ongles, de la muqueuse buccale et du prépuce, sans signes certains de cachexie surrénale. — Wochensitzung d. Aerzte d. Hôp. St. Louis, April 1889.
9. **Vidal.** Epithéliome aigu, à marche rapide. — Wochensitzung d. Aerzte d. Hôp. St. Louis, Paris, Juni 1889. (Ann. d. Derm.)
10. **Petrini** et **Babes.** Sarcome alveolaire mélanique de la peau. — Derm. Congr. Paris 1889.
11. **Feinberg.** Zwei Fälle von idiopathischem Pruritus universalis sub partu. — Centralbl. f. Gynäkol. 1890, Nr. 7.

Rabl (1) stellte in der Gesellschaft der Aerzte in Wien einen Fall von Sklerodermie an einer 28jährigen Frau vor. Die Erkrankung betraf den linken Oberarm und die angrenzende Schulter und Brustregion. Das Uebel war 5 Jahre vorher entstanden und soll durch ein Trauma rasch an Ausdehnung gewonnen haben. Die Verschrumpfung ist an den Fingern schon bedeutend. In zwei anderen Fällen seiner Beobachtung hat das Uebel zweifellos nach plötzlicher Erkältung begonnen, namentlich bei dem zweiten (17jähriger Knabe), der bei erhitztem Körper ins kalte Wasser gefallen war.

Neumann (2) bemerkt anknüpfend, dass er in einem Falle von durch Schrumpfung bedingter Pseudoanchylose durch Inunction von Unguent. cinereum vollständige Beweglichkeit erzielte.

Kaposi (3) spricht im Folgenden etwas eingehender zur Aetiologie und Therapie der Sklerodermie: „Von den vielen die Sklerodermie be-

treffenden Momenten, welche werth wären, hier einmal eingehend erörtert zu werden, möchte ich nur zwei kurz besprechen, das eine, das die Aetiologie betrifft, das andere rücksichtlich der Therapie und ihres Effectes. Was die Aetiologie anbelangt, so muss jedes Moment, das in dem einzelnen Falle sich dem Beobachter aufdrängt, beachtet werden. Denn diese Frage ist bis heute keineswegs gelöst, und möglicherweise gibt es der Ursachen — der entfernteren wenigstens — verschiedene für diese so interessante Krankheit. Jedenfalls ist kein genügender Grund vorhanden, gegen die Angaben, die bezüglich der Entstehungsursache einzelner Fälle gemacht werden, sich von vornherein ablehnend zu verhalten. So hat Rabl für den eben vorgestellten Fall ein Trauma, das den Oberarm getroffen, als Ursache angegeben. Es mag so sein. Vielleicht liegt aber ein Irrthum seitens der Kranken vor, da, wie es scheint, die Affection bei ihr schon vorher bestanden hatte und sie vielleicht nur durch das Trauma auf ihren Zustand aufmerksam wurde. Und so mögen auch noch andere Angaben ihren wirklichen oder relativen Werth haben. Wenn man eine grössere Zahl solcher Fälle zu sehen Gelegenheit gehabt hat, dann kommt man zu eigenthümlichen Vorstellungen über die möglichen Ursachen der Sklerodermie. Anlässlich eines unlängst zur Obduction gelangten Falles meiner Klinik habe ich meine Fälle aus der Privatpraxis durchgesehen und gefunden, dass ich seit 1882, d. i. seit sieben Jahren, 35 Fälle gesehen habe. Da ich ebensoviel für die Klinik und das klinische Ambulatorium rechnen darf, so wären dies 70 Fälle innerhalb der letzten sieben Jahre und für die Zeit von 1866, seit ich zu der dermatologischen Klinik und Abtheilung in Beziehung stehe, mindestens das Zweifache von 70. Da gibt es nun Fälle von mehr allgemeiner Verbreitung und ohne bestimmte Localisation, über Brust, Bauch, Oberextremitäten, Gesicht. Man kennt das eigenthümliche klinische Bild, die glatte, starre, marmorähnliche, einem gefrorenen Cadaver vergleichbare und sich anfühlende Beschaffenheit der Haut, das Marmorantlitz, in dem nicht Freude, nicht Schmerz durch das geringste Mienenspiel sich verräth — ein trauriger, fast unheimlicher Anblick. Dabei gibt es Fälle von erschreckender Ausbreitung, und dann noch welche, die unsere in dieser Beziehung gemachten Erfahrungen noch übertreffen. Da gibt es Fälle, wie einen, den ich vor einigen Jahren in einem hiesigen Hôtel an einem 16- bis 18jährigen Mädchen aus Ungarn gesehen, von so ausgebreiteter Sklerodermie, dass es Einen bei ihrem Anblicke kalt überläuft. Er erinnerte an die indischen Frauen, die bei lebendigem Leibe eingemauert werden. Von der Magengegend abwärts eine starre, glatte, kalte Masse. Dass so was auch in solcher universeller Verbreitung höchst acut auftreten kann, habe ich an einem hiesigen Patienten erfahren, bei welchem die Haut fast des ganzen Körpers gleichmässig binnen wenigen Monaten betroffen wurde. Die Erkrankung war durch allgemeine rheumatoide, namentlich muskelrheumatische und myositische Erscheinungen eingeleitet, so dass die behandelnden Aerzte, die den Muskelrheumatismus zu diagnosticiren allen Grund hatten, sehr überrascht waren, als auf einmal die Sclerodermia universalis da war. Dann gibt es wieder Fälle, in welchen nur ein einzelner oder nur einzelne solche alabasterweisse, oder blasse, oder speckig gelbe, starre Platten da sind, oft mit rother Umrandung, glatt, oder eingesunken, eingezogen. Diese Formen figuriren in der Literatur als Morphaea lardacea nach Erasmus Wilson, obgleich darunter zweifellos auch solche gemeint sind, die Lepra anaesthetica darstellen. Endlich gibt es solche Fälle, in welchen die Sklerodermie ganz auffallend dem Verlaufe der peripheren Nerven entspricht. Auch der heute vorgestellte Fall von Rabl reiht in diese Kategorie. Sehen Sie, wie die Affection in breitem Streifen der inneren Armfläche entlang und zu den Fingern der Radialseite verläuft, zugleich aber in breiten

rothen Streifen von der vorderen Achselfalte bis zum Sternum, entsprechend dem ersten und zweiten Intercostalnerven. Das stimmt nun in der Verbreitungsweise mit einem Zoster brachialis, und wenn den Schulterästen entlang nichts vorliegt, so ist die Uebereinstimmung doch nicht geringer, da ja auch bei Zoster nicht allen Zweigen eines Nervengebietes entsprechend jedesmal alle Gruppen entwickelt zu sein pflegen. Ich habe nun in den 35 Fällen, die ich mir aus meiner Privatpraxis seit 1882 aufgezeichnet habe, auch die Localisation nach anatomischen Schemen skizzirt. Auch bezüglich der klinischen Fälle ist dies stets geschehen, allein diese habe ich diesbezüglich noch nie zusammengefasst. Da habe ich nun unter meinen Fällen den eines hiesigen Mädchens, bei welchem die Sklerodermie ganz und gar der Localisation eines rechtsseitigen Zoster cervico-brachialis entspricht, streng halbseitig, den Aesten des Plexus brachialis des unteren Halsnerven und des ersten und zweiten Intercostalnerven folgend. Weiters sind Fälle darunter mit Sklerodermiestreifen im Bereiche des Trigeminus — all dies streng halbseitig — und zwar des ersten und dritten Astes und der oberen Halsnerven — auricularis posterior, occipitalis major. [1]) Bedenkt man nun, dass in einzelnen Fällen auch im Rückenmarke Veränderungen gefunden worden sind, im Sympathicus, in den peripheren Nerven, und dazu das Vorkommen in Form von halbseitigem und den cutanen Nervenverläufen entsprechendem Skleroderma, so wäre man geradezu gedrängt zu der Annahme von der neurotischen Ursache der Krankheit. Und dennoch kann ich mich nicht entschliessen — für alle Fälle wenigstens nicht — einer solchen Annahme zu folgen. Zunächst ist in der Mehrzahl der Fälle rücksichtlich des centralen wie des peripheren Nervensystems nur ein negativer Befund zu verzeichnen. Ferners ist klinisch in den meisten Fällen nicht der geringste Anhaltspunkt für eine neurotische Affection gegeben. Kinder, im jugendlichen und im reifen Alter befindliche Personen erkranken, ohne dass irgend ein Ereigniss vorausgegangen wäre, das störend auf ihr moralisches oder physisches Befinden eingewirkt hätte. Auch an den meisten Sklerodermakranken ist nicht die geringste nervöse Affection nachweisbar, selbst nicht an der sklerotischen Haut, wie insbesondere die an meiner Klinik durchgeführten Untersuchungen von Erben neuerdings dargethan haben. Speciell sind durchwegs die sensorischen und functionellen Erscheinungen (Secretion, Entzündung bei Variola) an den erkrankten Hautstellen normal, von den durch die Spannung und spätere Atrophie bedingten subjectiven Störungen abgesehen. Was aber die vorhin erwähnte Congruenz der Sklerodermieherde mit dem cutanen Nervenverlaufe anbelangt, die am eindringlichsten an eine Affection der Nerven mahnt, so ist doch noch eine andere Deutung für dieselbe möglich und vielleicht auch richtiger. Vor kurzer Zeit ist in einer Arbeit von Pfeiffer in Weimar über Zoster der Versuch gemacht worden, die Ursache des letzteren auf eine Erkrankung des Gefässgebietes zurückzuführen, indem er durch exacte anatomische Untersuchungen darlegte, dass für die meisten Hautgebiete der Verlauf der cutanen Nerven- und der cutanen Gefässgebiete zusammenfallen, und dass, was dem ersteren topographisch entspricht, nothwendig auch auf letzteres bezogen werden kann. Auf die weitere Begründung rücksichtlich des Zoster will ich hier nicht eingehen, jedoch bemerken, dass ich bezüglich des Zoster

[1]) Nachträgliche Notiz zu meinen obigen Bemerkungen: In meinem Buche „Path. und Ther. der Hautkr.", 3. Aufl., p. 634, finden sich aufgezählt aus meinen Beobachtungen: ein Fall entlang dem N. front. dexter; ein Fall cervico-brach. dexter und ersten und zweiten Intercostalnerv; ein Fall rechts, halbseitig, dem Trigeminus entsprechend; ein Fall entlang dem N. Saphenus dexter bei einem Arzte.

gegen Pfeiffer's weitere Schlussfolgerungen Stellung nehme. Was aber die Sklerodermie anbelangt, so scheint in der That mehr Grund vorhanden, die besprochene Localisationsweise auf die Gefässvertheilung zu beziehen und die Erkrankungsursache in den Gefässen selbst zu suchen. Die anatomische Congruenzfrage ist ja mit Pfeiffer's Nachweis erledigt. Nun aber sind auch die feineren anatomischen Veränderungen in der Cutis bei Sklerodermie solche, welche auf Betheiligung der Gefässe schliessen lassen. Im sklerotischen Stadium Lymphzellenanhäufung und Einscheidung um die Gefässe (Rasmussen, ich), später sklerotische Bindegewebsverdickung ihrer Wandung und Verengung ihres Lumens, in der Cutis dichte Bindegewebsfaserung und enorme Vermehrung der elastischen Fasern. Chiari hat in einem Falle ganz bestimmt die histologischen Veränderungen auf Entzündung zurückgeführt, obgleich dies sich nicht für alle Fälle wird geltend machen lassen. Somit glaube ich, dass die Verbreitung der Sklerodermie nach dem Nervenverlaufe und in halbseitiger Localisation mit mehr Grund auf Erkrankung des betreffenden Gefässgebietes zurückgeführt werden kann, als auf jene des Nervensystems, und dass daher in jener keine Berechtigung liegt für die Annahme, dass die Sklerodermie eine „Trophoneurose" sei. Die Trophoneurose ist nur überhaupt ein leeres Wort, wenn keine sachliche Grundlage für sie vorliegt, und ich ziehe jede positive Grundlage für eine andere Erklärung vor oder mein Eingeständniss der Unkenntniss der gesuchten Ursache. Für die Annahme von Entzündung sprechen auch die klinischen Erscheinungen in einzelnen Fällen. So gibt es solche, in welchen ausgebreitete erythematöse, lebhaft- bis dunkelrothe Areae entstehen, in deren Bereich die Haut allmälig sklerosirt; andere, in welchen die Sklerose von einem Centralherde vorschreitet, aber allseitig unter dem Vortritte einer mehrere Centimeter breiten, hyperämischen, rothen Zone. Ferner Fälle, in welchen Erysipel ganz bestimmt angegeben wird, als Anlass und Ausgangspunkt der späteren Sklerodermie. Sie sehen also, Gründe genug, die mich mehr für die Annahme einer entzündlichen und cutanen als neurotischen Ursache der Sklerodermie stimmen. Und doch stimmt dies wieder nicht für andere Fälle. In den meisten derselben erscheint nämlich die Sklerodermie als die bekannte alabasterweiche Starre der Haut, und niemals im ganzen Verlaufe ist klinisch etwas zu beobachten, was auf Entzündung hindeuten würde. Ja, es gibt Fälle, in denen ein Nervenshock geradezu als Ursache der Sklerodermie angegeben wird. Ich kenne einen solchen Fall von einer Dame, die in der freudigen Erwartung, ihren seit Jahren nicht gesehenen Vater wiederzufinden, in dessen Zimmer getreten war und ihn — todt fand. Er war wenige Minuten vorher plötzlich gestorben. Eine Ohnmacht folgte, mehrtägliches allgemeines Unwohlsein und die sehr intelligente Frau datirt von daher ihre nun seit vielen Jahren bestehende, allgemein verbreitete und in mannigfachen Schwankungen verlaufende Sklerodermie. Sollte ein Nervenshock auf das Gefässsystem dauernd alterirend wirken, und wie? Ich weiss es nicht. Als Lymphostase habe ich früher geglaubt, manche Fälle ansprechen zu sollen, als Lymphostasie um die feineren Hautgefässe und Capillaren. Vielleicht entspricht dies den meisten Alabastersklerodermien. Unsere Kenntniss von der Aetiologie der Sklerodermie ist also noch lange nicht auf sichere Grundlage gestellt. Was die zweite angeregte Frage anbelangt, die nach der Therapie, so möchte ich sagen, dass man auch in den desperatesten Fällen die Aussicht auf Besserung nicht verlieren darf. Man erzielt oder man sieht wesentliche Besserung in den intensivsten Fällen, und locale Formen können ganz heilen oder dauernd innehalten. Selbstverständlich bezieht sich dies nur auf das Stadium elevatum oder, wie ich es genannt habe, Stadium scleroseos. Jede solche Stelle kann ad integrum geheilt werden. Dies geschieht aber an vielen Stellen auch spontan und es ist noth-

wendig, dies zu wissen, um nicht Mitteln den Effect zuzuschreiben, wo eine physiologische Rückbildung stattgefunden hat. Im Stadium der Atrophie (cicatrisirendes Hautsklerom, Wernicke) ist selbstverständlich bezüglich der bereits so veränderten Haut keinerlei Erfolg zu erzielen, ausser den auf mechanische und andere Art zu erzielenden Dehnungen zur Minderung von Pseudoankylose etc. Was nun jenes erste, sklerotische Stadium und den Gesammtprocess anlangt, so will ich von den zahlreichen und überhaupt denkbaren innerlichen und äusserlichen Mitteln, die bei einer so langwierigen Krankheit, wie natürlich, endlich alle an die Reihe kommen, nur drei erwähnen: erstens die Galvanisation des Sympathicus mittelst des constanten Stromes, die öfters wirksam sich erweist, zweitens protrahirte warme Jodbäder (Hall, Darkau, Lippik) und auch andere Thermen (Schwefelbäder) und drittens die Massage, welche zweifellos eine Erweichung und Vertheilung der Hautsklerose bewirkt. Sie wird seit Jahren an meinen klinischen, wie Privatkranken geübt und kann wärmstens empfohlen werden. Auch andere Beobachter sprechen sich in gleich günstigem Sinne aus.

Carini's (4) Fall ist hauptsächlich deshalb beachtenswerth, weil das Xanthom, bei Erwachsenen nicht häufig, bei Kindern fast nie beobachtet wird; auch verdient die symmetrische Entwickelung der Xanthomknötchen an allen Gelenken, sowie die Coincidenz der Hautaffection mit chronischer Hypertrophie der Leber, worauf bereits Fagge, Murchison u. A. hingewiesen haben, hervorgehoben zu werden. Die mikroskopische Untersuchung der in Alkohol gehärteten und mit Carmin gefärbten knötchenförmigen Geschwülste liess in Uebereinstimmung mit den Befunden Pavy's, Fagge's, Murchison's, Waldeyer's, Virchow's und Kaposi's Faserzüge bindegewebiger Elemente mit eingelagerten Fettkörnchen und Fettzellen erkennen; bei stärkerer Vergrösserung erschienen die Körnchen gelb pigmentirt, bald isolirt, bald zu mehr weniger dichten Massen vereinigt. Carini, welcher sich in Uebereinstimmung mit den meisten Autoren für die neoplastische Natur des Xanthoms ausspricht, hält dessen Coincidenz mit hyperplastischer Lebercirrhose für ein blos zufälliges Zusammentreffen. Nach seiner Ansicht ist die Frage über die Aetiologie des Xanthoms heute noch nicht spruchreif; weiteren Studien bleibe die Entscheidung vorbehalten, ob eine erbliche Prädisposition (Xanthomatose!) angenommen, ob vielleicht gewisse arthritische (?) Formen als ätiologisches Moment herangezogen werden können, ob die Producte des Xanthoms das Resultat einer durch eine Lebererkrankung bedingten besonderen Oxydation seien, oder ob sie nicht vielleicht vom Diabetes abhängen. Dornig.

Payne (5). Ein 64 Jahre alter Mann, der früher immer gesund war und schwere körperliche Arbeiten verrichtete, auch den Einflüssen des Wetters sich aussetzte, gibt an, dass sein Leiden vor 15 Jahren mit kleinen Flecken anfing. Payne constatirte eine braune Verfärbung der Haut, und auf den Ober- und Vorderarmen dunkle Pigmentation und weisse Flecken. Die linke Hälfte des Hodensackes ist dunkelbraun verfärbt. Die braunen Flecken sind zuerst erschienen und erst später die weissen Stellen. Die Oberfläche des Körpers ist mit kleinen, zum Theile breit sitzenden, zum Theile gestielten Tumoren bedeckt. Die Grösse der Geschwülste schwankt zwischen der eines Stecknadelkopfes und einer Haselnuss; die Mehrzahl erreicht die Erbsengrösse; die grössten sind so gross wie eine weibliche Brustwarze. Der Consistenz nach sind die Geschwülste weich, klumpig und wie mit einer harten Substanz im Inneren. Am reichlichsten sind die Geschwülste auf der Brust, dem Bauche und Rücken; doch auch auf den Gliedmassen sind sie vorhanden. Ausserdem kommen noch kleine subcutane Tumoren vor, welche bei der Untersuchung sich als mit den Nerven ver-

bunden erweisen. In den oberen seitlichen Brustgegenden und in der Achselhöhle sind kaffeebohnengrosse Geschwülste unter der Haut zu fühlen, im Verlaufe der Nervenstämme angeordnet; die zwar seitliche Beweglichkeit darbieten, aber in der Richtung des Nervenstammes nicht beweglich sind. Sie sind sehr empfindlich auf Druck. Ebensolche Tumoren sind im Verlaufe des Ulnaris und Radialis auf den Vorderarmen zu fühlen. Die Haut der Hände war hyperästhetisch, der Händedruck schwach, der Griff unsicher bei geschlossenen Augen; das Zuknöpfen der Kleider ging schwer. Die unteren Gliedmassen zeigten keine Nervenerscheinungen. Allgemeine Muskelschwäche und umschriebene Schmerzen auf den Gliedmassen und anderen Körperstellen. Centrale Nervenstörungen waren nicht zu erkennen. Die Brustorgane boten normale Verhältnisse dar, ebenso das Verhalten der Eigenwärme. Nach sechswöchentlichem Aufenthalt verliess der Kranke das Spital. Die mikroskopische Untersuchung zweier Geschwulststücke ergab nichts als Bindegewebe um Haarbälge und Talgdrüsen angeordnet, und gar keine Spur von Nervenfasern, obzwar nach ihnen speciell gesucht wurde. Payne kommt daher zum Schlusse, dass es sich um Bindegewebsgeschwülste handelt, die zum Theile vom Corium, zum Theile von den bindegewebigen Elementen der Nerven ausgingen. (Zweifellos: Fall von Fibroma molluscum, das ja stets auch mit multiplen Melanosen combinirt ist. Red.) Horowitz.

Hallopeau (6) zeigt einen Kranken, der zahlreiche, in der ganzen Hautdecke zerstreute subcutane Tumoren von Hirsekorn- bis Nussgrösse hat. Einige von ihnen überragen das Hautniveau; über einigen ist die Haut violett verfärbt. Die meisten dieser Geschwülste sind von dichter Consistenz und rollen unter den Fingern, andere sind fixirt. Welche sind wieder in ihrer grössten Masse weich und lassen nur einen harten Kern durchfühlen. Durch Punction fördert man keine Flüssigkeit hervor. Alle sind druckempfindlich. Der Kranke klagt über Krämpfe in den Extremitäten und wurde vor einigen Tagen von einer Paralyse des Facialis befallen; der Orbicularis und das Gaumensegel sind mitafficirt; die Zunge ist nicht abgelenkt. Es ist nicht sichergestellt ob diese Lähmung in Folge von Compression, durch einen Tumor oder a frigore entstanden ist. Am Stamme und an den Extremitäten sind zahlreiche Pigmentflecken zu sehen. Die mikroskopische Untersuchung eines solchen Tumors zeigt, dass eine Hyperplasie des intrafasciculären Bindegewebes der Nerven vorliegt. Die Nervenfasern sind auseinander geschoben, in Bindegewebe wie eingebettet. Der Nerv selbst ist in der Textur nicht verändert. Die Nervenmasse ist in ihrer Menge nicht verringert. Es nimmt also der Nerv an der Bildung des Tumors nur passiven Antheil, und handelt es sich hier nicht um ein Neurom, sondern um Fibrom der Nerven. W. Pollak.

A. Katz (7) hat in dem Falle von Morb. Addisoni eines 31jährigen Kaufmannes bezüglich der Blutbeschaffenheit gefunden: Hämoglobingehalt 90—95%, rothe Blutkörperchen 4,750.000, weisse Blutkörperchen 17.300, das Verhältniss der rothen zu den weissen 274:1. Auch nach der Färbung nach Ehrlich bereitete Präparate ergaben normale Beschaffenheit des Blutes, vielleicht waren die eosinophilen weissen Blutkörperchen etwas vermehrt. Methodisch durchgeführte Untersuchungen des Harns ergaben auch diesen normal. Die von Rosenstein und Guttmann gefundene Verminderung der Harnstoffausscheidung in Fällen von Morb. Addisoni müsse daher von Complicationen herrühren, und spreche Katz' Befund normaler Blut- und Harnbeschaffenheit gegen die jetzt herrschende Ansicht, dass jeder Fall von M. Addisoni mit hochgradiger Anämie einhergehen müsse. K.

Besnier (8) zeigt einen 62jährigen Kranken, dessen ganze Hautdecke gleichmässig sepiabraun bis schwarz verfärbt ist. Eine innere Ursache

ist für diese universelle Pigmentirung bei eingehendster Untersuchung nicht sicherzustellen, und kann als Grundübel nur das grosse Elend, in welchem der Kranke lebt, — er schläft Jahre hindurch nur in schmutzigen Ställen, körperliche Misère und Kleiderläuse, welche in erschreckend grosser Menge in seinen Kleidern sich vorgefunden — angenommen werden. Bemerkenswerth in diesem Falle ist, dass nicht nur die äussere Haut, sondern auch die Schleimhaut des weichen Gaumens, der beiden Wangen, des Schleimblattes der Vorhaut, sowie die Nägel dunkel pigmentirt sind; die ersten drei Finger jeder Hand zeigen unter dem Nagel zierliche schwarze Streifen, welche durch den Nagel transparent erscheinen. Im Spitale nimmt das Körpergewicht des Patienten zu. Im Urin nichts Abnormes.

W. Pollak.

Vidal (9) zeigt eine Kranke, deren Oberlippe, rechte Wange, Nasenflügelrand um die Nasenlöcher geröthet, geschwellt, so ungeheuer prominent sind, dass die Entstellung dieser Gesichtspartie den Vergleich mit der Schweinsrüsselformation herausfordert. Die Oberlippe ist bis auf das Vierfache vergrössert, fühlt sich pastös, derb an. Die Haut der erkrankten Region ist nicht abhebbar, fühlt sich wie Chagrinleder an. Die Infiltration greift in die Nasenhöhle über, die zum Theile obliterirt ist, und deren Schleimhäute stellenweise geschwürig zerfallen sind. Unterlippe, äussere Nase, Wangen, sind normal. Die Schleimhaut der Oberlippe, des harten Gaumens, des oberen Drittels der Wange, des Gaumenbogens ist mit Vegetationen besetzt, zeigt einen sero-purulenten Belag. Die erkrankte Partie hat eine scharfe Begrenzung und hebt sich in toto in deutlicher Elevation von dem gesunden Schleimhautantheil deutlich ab. Das Zahnfleisch des Oberkiefers ist zerstört, die Zähne desselben sind ausgefallen. Durch das Kieferdach lässt sich mit der Sonde keine Communication zwischen Mund und Nasenhöhle nachweisen, jedoch gelangt man durch eine grosse Oeffnung direct in den Sinus maxillaris der rechten Seite. Die weichen Gaumenbögen scheinen intact zu sein, ebenso das Zäpfchen; beide sind aber durch die starke Infiltration der Nachbargebilde nicht genau zu übersehen. Der Larynx ist der Untersuchung nicht zugänglich. Am übrigen Körper nichts Krankhaftes nachweislich; das Allgemeinbefinden war bisher ein gutes. Die Krankheitsdauer geht über sechs Monate nicht hinaus. Vidal weist durch eine scharf durchgeführte Differentialdiagnose nach, dass es sich hier nicht um Rhinosklerom, nicht um Syphilis oder Tuberculose, sondern um eine epitheliomatöse Infiltration der Schleimhäute handelt. W. Pollak.

Petrini (10) beobachtete an einem 36jährigen bisher vollkommen gesunden Mann eine massenhafte Entwickelung von Hautsarkomen. Patient verwundete sich bei der Arbeit am Scrotum derart, dass dieses zerriss und einen Hoden blosslegte, womit eine heftige Hämorrhagie einherging. Bald nach der Heilung bemerkte der Kranke in der Inguino-Scrotalfalte eine maiskorngrosse Vegetation, die allmälig wuchs. Neben dieser entwickelte sich in der Folge eine Reihe ähnlicher Geschwülste; eine derselben erreichte Erbsengrösse. Die Oberfläche dieser Tumoren nässte. Alle diese Tumoren wurden operativ entfernt. Nicht lange darnach traten in der Regio inguino-scrotalis dextra schwarzblaue Flecken auf. Auf dem Grund dieser Flecken entwickelte sich eine grosse Anzahl von Tumoren, die eine blaue, schwarzblaue Farbe hatten. Sie fühlten sich hart an, und liessen leicht erkennen, dass sie in der Tiefe der Haut ihren Ursprung nehmen. Ebensolche Tumoren, 15 an der Zahl, hirsekorn- bis maiskorngross, entwickelten sich in der Regio inguin. sinistra; 7 am linken Oberschenkel, oberhalb derselben eine Gruppe von 38 kleinen Tumoren; sie sind wie die vorigen graublau und wie diese jüngeren Datums. Um alle diese Neoplasmen herum ist die Haut

indurirt. Zwischen der Wurzel des Gliedes und der Regio pubica finden sich 17 Tumoren in verschiedenen Entwickelungsstufen; am Membrum 3 Geschwülste, am Scrotum 40. Die Untersuchung des Blutes wies ein Uebergewicht der weissen Blutkörperchen gegen die rothen nach; im Protoplasma der weissen Blutkörperchen fanden sich schwarze Pigmentgranulationen. Das Harn zeigte die Eigenthümlichkeit, dass er, längere Zeit der Luft und dem Lichte ausgesetzt, eine schwarze Färbung annahm; seine organischen und mineralischen Bestandtheile sind vermindert, sein specifisches Gewicht 1005. Seine Harnstoffmenge in 24 Stunden 4·57 Gr. gegen 25 Gr. im normalen Harne. Die Menge der Harnsäure ist ebenfalls verringert. Die mikroskopische Untersuchung des Harnes ergibt nichts Abnormes. Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren zeigt in der Entwickelung der Elemente, welche die Neoplasmen zusammensetzten, fibroplastische Elemente, Zellen, welche die Trabekeln der tiefen Schichten der Haut überkleiden, Endothelien der Lymphgefässe kleinen Kalibers, so dass man berechtigt ist diese Tumoren einzutheilen: 1. in fibroplastische, 2. endotheliale, 3. gemischte. Die beiden letzteren sind gewöhnlich alveolar. W. Pollak.

Feinberg (11). Eine 18jährige Frau psychisch ein wenig deprimirt, leidet seit einem Jahre an Pruritus vulvae, der jedes Mal als Vorläufer der Menstruation auftritt und meist nach 4tägigem Bestehen, 2 Tage nach dem Beginn der Menses zurückgeht. Die Exploration ergibt durchaus normale Verhältnisse bis auf Hyperästhesie der Vaginalschleimhaut. Nach stattgehabter Conception tritt noch ein Mal im ersten Monat der Gravidität eine kurze Periode lästigen Juckens ein, und dann ist Patientin davon befreit bis zum Beginn der Wehenthätigkeit. Von den Genitalien sich verbreitend, zieht sich der Juckreiz, zu unerträglicher Heftigkeit gesteigert, bald über den ganzen Körper. Die Geburt kann nach acht Stunden in Narkose (Zangenextraction) beendet werden: Patientin hat wohl noch Jucken, aber viel geringer als bisher; nach 4 Tagen ist der Pruritus verschwunden und kehrte auch bis zum Ende der Beobachtung — die Kranke stillte das Kind selbst — nicht wieder. — Im zweiten Fall trat bei einer sehr nervösen Dame nach dreimaliger Geburt mit jeder Menstruation seit circa 2 Jahren Pruritus vulvae auf, der sich bei gelegentlichem Abort zum universellen Pruritus steigerte, um nach Abgang der Frucht zu verschwinden. Während einer neuerlichen Gravidität tritt eine starke Uterinblutung auf und mit ihr zugleich Pruritus universalis. Weitere Beobachtung hatte nicht stattgefunden. (Verfasser glaubt in diesen beiden Fällen eine Stütze für die Annahme gefunden zu haben, dass Pruritus lediglich auf nervöser Basis vorkomme. H. Stern.

Parasiten und parasitäre Affectionen.

1. **Patterson** R. G. Trichomycosis nodosa. — (Transact. of the Royal Acad. of Med. in Irel. Dubl. 1889.)
2. **Campana.** L' acaro della scabbia poco dopo la cura acaricida. — Clinica dermosifilopatica di Genova, Anno VII. Fascic. VII.

Patterson (1) schildert eine Veränderung der Achselhöhlen- und Scrotalhaare, bei welcher die einzelnen Haare schon dem unbewaffneten Auge knotig, verdickt und rauh erscheinen und dem Tastgefühle Unebenheiten darbieten. Bei Loupenvergrösserung erscheinen kleine Knoten oder diffuse Unebenheiten auf dem Schafte der Haare. Die diffuse Form ist nahezu über das ganze Haar verbreitet, mit nur einzelnen kleinen Unterbrechungen, die gesundes Haar erkennen lassen, während die knotige Form zumeist das

äussere Haarende befällt und grosse, gesunde Haarstücke gewähren lässt. Beide Formen sind Gradunterschiede derselben Krankheit aus verschiedenen Krankheitsperioden. Die Substanz, welche diese Verdickung bildet, kann nur schwer und mit Läsion des Haares beseitigt werden. Das Haar ist nicht brüchiger. Sollte es aber an Stellen, wo Knoten sitzen, brechen, dann ist das Bruchende aufgefasert wie ein Pinsel. Lieblingssitz der Krankheit ist das mittlere Drittel. Knoten sind zumeist an dem peripheren Ende zu sehen. Nie sind Veränderungen des Haares in der Haartasche zu gewahren; auch die abgeschabte Haut dieser Regionen zeigt keine Veränderung. Dem Processe liegen Bacillen zu Grunde, die von aussen her auf das Haar eindringen und auf demselben vegetiren und so die Eingangs erwähnten 2 Formen bilden. Die Bacillen liegen insgesammt in der Haarrinde, ohne in den Körper des Haarschaftes einzudringen. Sie sind durch eine harte Substanz an das Haar befestigt, die weder in Alkohol, Chloroform, Aether, noch in Terpentinöl sich löst. Sie ist blassgelb und färbt sich mit Jod dunkelbraun und mit Methylviolett tief purpurroth. Die Bacillen sind kurze Stäbchen mit leicht gerundeten Enden; beinahe 2- bis 3mal länger als breit und von nahezu einem Vierteldurchmesser eines rothen Blutkörperchens. Sie färben sich am besten nach der Gram'schen Methode. Sie sind manchmal zu zweien oder dreien mit einander verbunden und nur selten längere Ketten bildend. Culturen auf Kartoffeln oder Nährgelatine fielen negativ aus. In 5 anderen Fällen war derselbe Befund zu constatiren. Endlich differenzirt Patterson diese von ihm beschriebene Krankheit von der sogenannten „Piedra", der Hyphomyceten zu Grunde liegen; die die Kopfhaare befällt und nur auf der Oberfläche des Haares gedeiht, ohne in die Haarrinde einzudringen.

Horovitz.

Aus den Untersuchungen Campana's (2) geht hervor, dass die Krätzmilbe nach einer zweitägigen Behandlung der Scabies mit Perubalsam oder mit Styrax und nach achttägiger Anwendung anderer Krätzmittel (z. B. Schwefel) in den Milbengängen nicht mehr auffindbar ist. Innerhalb der angegebenen Zeitperioden gelingt bisweilen noch der Nachweis von Milbenresten, niemals jedoch von wohlconservirten Milben. Dornig.

II.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** in Breslau.)

Varia.

1. **Pescione.** La profilassi dei morbi celtici in Italia. — Foggia 1889. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1890, Nr. 1.
2. **Profeta.** Terza conferenza sulla prostituzione. — Palermo 1889. Tip. Vena. Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1890, Nr. 1.
3. **Salsotto** Giovenale. L'ospedale di S. Lazzaro nel biennio 1888—1889. — Osservatore. Gazz. med. di Torino 1890.
4. **Besnier.** Epithelial Vulvitis. — The Journ. of cut. and gen.-urin. dis. 1889, S. 346.
5. **Bataille et Berdal.** Balano-posthite contagieuse. — La semaine méd. 1889, S. 457.
6. **Moreau.** Contribution à l'étude des polypes de l'urèthre chez l'homme. — La semaine méd. 1889, pag. 357.
7. **Thomann.** Einige bemerkenswerthe Fälle von Blasen- und Harnröhrenerkrankung. — Allg. Wiener med. Ztg. 1890, 12 ff.
8. **Griffiths.** The Prostate Gland: Its Enlargement or Hypertrophy. — Journ. of Anat. and Physiol., Februar 1890. Ref. Lancet, 15. Februar 1890, pag. 361.
9. **Vignard.** De la Prostatotomie et de la Prostatectomie. — Thèse de Paris 1890.
10. **Harrison** Reginald. On the selection and use of catheters and other instruments for enlarged prostata. — Brit. Med. Journ., Mai 1890.
11. **Browne** G. Buckston. Some Practical Points in the treatment of retention of Urine. — Brit. Med. Journ., 15. März 1890, pag. 592.
12. **Gibbon** Frederic W. Gangrän des Scrotums. — Lancet, 5. April 1890, pag. 746.
13. **Gould** Pearce A. Some unusual forms of hydrocele. — Lancet, 26. April 1890, pag. 893.
14. **Trevor** James E. Lancet, 8. März 1890, pag. 539.
15. **Horovitz.** Das Cocaïn in der urologischen Praxis. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1889, pag. 641.
16. **Fedschenko** Nicolai. Ein neues Instrument zur Operation benigner Tumoren der Urethra, das Endoskop-Karunkulotom. — Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. X, Nr. 8.

17. **Stone** J. S. The treatment of contracted bladder by hot-water dilatation. — Ref. aus Southern Surg. and Gynecol. Assoc. second annual meeting etc. in the New-York Med. Record., vol. 36, Nr. 23.
18. **Tunstall** E. L. Prescription for irritable bladder. — Med. News, 21. Juni 1890.
19. **Rotter.** Ausspülungen der männlichen Harnblase ohne Katheterismus. — Münchner med. Wochenschr. 1890, Nr. 20.
20. **Berger.** Rétrecissement inflammatoire du rectum traité par l'électrolyse. — Semaine méd. 1890.

Pescione (1) sucht den Nachweis zu liefern, dass das neue italienische Prostitutionsgesetz sich zur Bekämpfung der Syphilis nahezu machtlos erweise, denn es fördere geradezu die Ausbreitung der geheimen Prostitution, der gefährlichsten und am meisten gefürchteten, und kehre seine Strenge hauptsächlich gegen die in Freudenhäusern geübte. Eine erspriessliche Thätigkeit der mit der Untersuchung der Prostituirten betrauten Aerzte sei auf Grund des neuen Gesetzes ganz unmöglich, da die bei der Untersuchung krank befundene Prostituirte nicht gezwungen werden könne, sich der Behandlung zu unterziehen, womit der Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten überhaupt Thür und Thor geöffnet werde. Die Untersuchungen seien gegenwärtig zu einer reinen Formsache herabgesunken und verfolgen lediglich den Zweck, einem diesbezüglichen Ministerial-Erlasse nachzukommen. Nach Erhebung anderweitiger, aus der gegenwärtigen, ganz unzureichenden Syphilisprophylaxis resultirender Uebelstände macht Pescione folgende Vorschläge: 1. Obligatorische Untersuchung der inscribirten Bordelldirnen am Sitze der staatlichen Dispensiranstalten (Dispensarii celtici) und Affichirung der Verzeichnisse der gesund oder krank befundenen Dirnen an einem Jedermann zugänglichen Orte. 2. Unentgeltliche Behandlung der inficirten Prostituirten in einem öffentlichen Hospitale, sowie Verpflichtung der Bordellwirthe, die Dirnen der Behandlung zuzuführen. Dornig.

Profeta (2) zieht gegen das neue italienische Prostitutions-Reglement zu Felde und zählt die zahlreichen Mängel, welche ihm in administrativer Richtung anhaften, sowie die schweren Schäden, welche es in der kurzen Zeit seines Bestehens der öffentlichen Hygiene zugefügt hat, auf. Er leugnet, dass das nun abgeschaffte Reglement von Cavour so drückend und antiliberal gewesen sei, wie dies von den Abolitionisten behauptet werde, und dass es die Prostituirten geradezu zu weissen Sklavinnen gemacht habe. Das alte Reglement habe die Rehabilitirung der Prostituirten erleichtert, das neue ermuntere die gefallenen Mädchen zur Prostitution. So Manche sei früher aus Furcht vor der zwangsweisen Inscribirung zu einem ehrbaren Lebenswandel zurückgekehrt. Jetzt sei die Zahl der Prostituirten in Italien um das Doppelte gestiegen und damit auch die Gefahren, die die Zunahme einer nicht überwachten Prostitution mit sich führt. Weiters bemerkt Profeta, dass das neue Gesetz, während es die collectiv „arbeitenden" Prostituirten überwache — jedoch nicht vom sanitären Standpunkte — die einzeln wohnenden, die heimlichen, also die gefährlichsten, gar nicht behellige. Der Staat habe die Schliessung der Syphilisspitäler (Sifilicomî) verfügt, in welchen die Prostituirten zwangsweise behandelt wurden, und begnüge sich damit, den Prostituirten lediglich eine ambulatorische Behandlung in den Dispensiranstalten (Dispensari celtici) angedeihen zu lassen, welche Anstalten den in sie gesetzten Erwartungen durchaus nicht entsprechen. Auch beklagt sich Profeta darüber, dass die italienische Regierung die Wünsche und Resolutionen zahlreicher ärztlicher Corporationen unberücksichtigt lasse, während fremde Regierungen (welche?) in der Würdigung, Annahme und Befolgung dieser Rathschläge förmlich

wetteifern (!). Ueberdies begünstige das neue Gesetz, welches auf dem Principe der Freiheit und Gleichheit beruhen solle, nur die reichen, die „aristokratischen“ Prostituirten und laste mit schwerem Drucke auf den unbemittelten und weniger begehrenswerthen. Schon jetzt mache sich ein Hin- und Herschwanken, sowie der Versuch bemerkbar, zum Alten zurückzukehren: die zweimal wöchentliche Untersuchung werde abgeschafft, dann Angesichts der Zunahme der venerischen Erkrankungen wieder empfohlen, neuerdings eingeführt, aber wohlverstanden blos die Untersuchung, blos die Constatirung des Gesundheitszustandes der Prostituirten. Profeta geht die Statistiken der syphilidologischen Kliniken in Italien und speciell jene der von ihm geleiteten Klinik von Palermo durch und bemerkt, dass, während früher auf der Männerstation seiner Klinik stets leere Betten zur Verfügung standen, gegenwärtig trotz Vermehrung der Bettenzahl diese bei Weitem nicht hinreicht, um alle Hilfesuchenden aufzunehmen. Auf der Weiberstation dagegen scheinen die Verhältnisse ganz anders zu liegen, denn Profeta fragt, wo alle jene Prostituirten hingekommen seien, welche früher die „Sifilicomî“ bevölkerten und die jetzt in verschwindend kleiner Anzahl auf den betreffenden Spitalsabtheilungen um Aufnahme bitten. Gewiss seien nicht alle Prostituirten, welche den Spitälern fern bleiben, gesund, denn Jene, welche mit ihnen geschlechtlich verkehren, werden zu Tausenden inficirt. Das neue Reglement habe weder der Moralität, noch der öffentlichen Gesundheit, noch der Freiheit, noch den Staatsfinanzen irgend welchen Vortheil gebracht, es dränge sich somit Jedermann die Frage auf, wozu die Reform überhaupt nothwendig war. Am Schlusse seiner Ausführungen richtet Profeta an die Regierung die ernste Mahnung, strenge Massregeln zum Schutze der öffentlichen Gesundheit zu ergreifen. Dornig.

Aus Salsotto's (3) klinisch-statistischem Berichte über das Turiner Hospital von S. Lazzaro, in welchem sich auch die Universitätsklinik für Syphilis befindet, entnehmen wir, dass daselbst in den Jahren 1888 und 1889 behandelt wurden: an blennorrhagischen Formen 255 Männer und 152 Frauen, an spitzen Condylomen 17 Männer und 31 Frauen, an venerischen Helkosen 262 Männer und 111 Frauen, an Syphilis 269 Männer und 265 Frauen. Extragenitale Infectionen wurden 15mal beobachtet, an den Fingern 1mal, an den Lippen 2mal, an den Brüsten 12mal (Infection durch syphilitische Säuglinge). Bezüglich der Therapie der Syphilis sei erwähnt, dass in der Mehrzahl der Fälle die Inunctionscur zur Anwendung kam, dass übrigens auch von Injectionen löslicher und unlöslicher Hg-Präparate nicht selten Gebrauch gemacht wurde. Die Einwendungen, welche beim Pariser Congresse (1889) gegen die Injectionstherapie erhoben wurden, findet Salsotto auf Grund seiner Erfahrungen durchaus nicht gerechtfertigt. Die besten Resultate sah er von den Calomel-Injectionen nach der Methode Scarenzio-Smirnoff. Dornig.

Seit mehreren Jahren hat Besnier (4) einer Affection der Vulva seine Aufmerksamkeit zugewendet, die der Leucoplakia buccalis vergleichbar ist. Er nennt diese Affection: Epitheliale Vulvitis. Sie ist durch bläuliche, von Rhagaden durchzogene Plaques charakterisirt, an denen eine Exfoliation der Epidermis stattfindet, und ist gewöhnlich von intensivem Jucken begleitet. Sie kann sich in ein Epitheliom umwandeln, da ja diese Gegend Irritationen besonders ausgesetzt ist. Besnier empfiehlt antiseptische Waschungen nach jedesmaligem Uriniren, um den irritirenden Contact des Urins zu vermeiden, darauf die Application von Zinkpaste und Auseinanderhalten der Schamlippen mittelst Watte. Brocq, der über Besnier's Angaben in einer Correspondenz an das Journ. of cut. and genit.-urin. dis. berichtet, setzt hinzu, dass die wirksamste Therapie für Leucoplakia buc-

calis ausser in der Entfernung aller Irritationsquellen von der Schleimhaut in Waschungen mit Vichywasser oder Borax und zeitweiser Application von Salicylsäure in concentrirter alkoholischer Lösung oder von Chromsäure besteht. Könnten diese Mittel, fragt Brocq, nicht auch für Vulvitis epithelialis benützt werden? Ledermann.

Bataille und Berdal (5) beschreiben eine eigenartige contagiöse Balanoposthitis. Dieselbe ist klinisch charakterisirt durch Erosionen von specifischer Form. Dieselben haben einen nach aussen convexen Rand, welcher weisslich und leicht erhaben ist; nach aussen zu fällt er steiler ab. Ihrem Aussehen nach ähneln die Affectionen circinären parasitären Hauterkrankungen. Es ist dem Verfasser gelungen, durch Inoculation mit dem Eiter der Erosionen ähnliche Erosionen zu erzeugen. Ueber Culturversuche mit dem Eiter und über Impfungen mit den Culturen soll eine ausführliche Mittheilung erfolgen. Galewsky.

Moreau (6). Ein Fall von Schleimhautpolyp bei einem 16 Monate alten Knaben, welcher mit Hypospadie behaftet war. Der Tumor bestand seit der Geburt und war im fortdauernden Wachsthum begriffen; er wurde durch Torsion entfernt. Galewsky.

Thomann (7) bringt eine interessante Casuistik urologischer Fälle, deren Gegenstand nur kurz genannt sein mag: 1. Diphtheritische Cystitis, Hämorrhagie der Blase, Fieber und Sepsis, Heilung. 2. Hämorrhagie der Blase in Folge Platzens eines erweiterten Blutgefässes aus dem Plexus pampiniformis bei forcirtem Coitus. 3. Blutung aus der Urethra in Folge eines Polypen am Blasenhals. 4. Falscher Weg. 5. und 6. Traumatische Strictur. 7. Callöse Strictur. Gangraena scroti, fistula urethrae. Finger.

Griffiths (8) resumirt seine Arbeit wie folgt: 1. Das erste oder drüsige Stadium der Prostata-Hypertrophie besteht in einem Wachsthum der Drüsenschläuche mit ihren zugehörigen Muskeln. 2. Nach variabler Zeit treten Degenerations-Vorgänge ein, welche schliesslich das neue Gewebe in eine mehr oder weniger dichte, fibröse Masse umwandeln, welche die atrophischen Reste der Drüsen und Mukelelemente enthält: Fibröses Stadium. 3. Dass die sogenannten Tumoren der Prostata nichts Anderes als mehr localisirte Hypertrophien von obigem Charakter darstellen. 4. Dass auch, wenngleich sehr selten, wahre Tumoren, Myome der Prostata, vorkommen. Arning.

Vignard (9), ein Schüler Guyon's, bespricht die Berechtigung der operativen Massnahmen an der Prostata und kommt dazu, die Indicationen für die Prostatotomie und Prostatectomie wesentlich einzuschränken. In der grossen Mehrzahl der Fälle von Retentio urinae in Folge von Hypertrophie der Prostata ist der Blasenmuskel gelähmt. Wo dies nachzuweisen ist, da wird eine Operation an der Prostata keinen Nutzen bringen. Während Verfasser so die Prostatotomie für die Fälle aufgespart sehen will, in denen das Hinderniss im Niveau des Orificium internum bei mässiger Hypertrophie der seitlichen Prostatalappen sitzt und die Contractilität des Blasenmuskels erhalten ist, spricht er sich über den Heilerfolg der totalen Entfernung der Prostata sehr reservirt aus, ohne bestimmte Schlüsse zu ziehen. Stein.

Harrison (10) warnt vor dem schematischen und unvorsichtigen Gebrauch des Katheters bei seniler Prostatahypertrophie. Namentlich kann die plötzliche Entleerung hier verhängnissvoll werden, indem die veränderten Druckverhältnisse der Blasenschleimhaut den günstigsten Boden für Exsudation, respective Resorption und Infection abgeben. Oft hat man Gelegenheit, acutes Urinfieber nach solchem ausgiebigen Katheterismus zu be-

obachten, das nach einer früheren Abhandlung desselben Verfassers nur auf der Aufsaugung toxischer Urinproducte beruht. Der vorsichtige Gebrauch des Katheters kann trotzdem jedoch für den Prostatiker sowohl dauernd zweckmässig, „wie etwa die Anwendung der Brille bei Presbyopsie", als auch bei plötzlicher Urinretention unbedingt nöthig sein. In letzterem Falle geht man mit allmäliger portionsweiser Entleerung vor, damit die Blase sich an die Schwankungen des Druckes gewöhnt. Uebrigens ist mehrfach in letzter Zeit von anderer Seite (Guyon, Thiersch) auf diese Verhältnisse bereits aufmerksam gemacht worden. Loewenhardt.

Browne (11). Klinischer Vortrag über die Behandlung der Urinverhaltung in Folge von Strictur oder Prostatahypertrophie, mit besonderer Berücksichtigung des Katheterismus, der Blutungen, des Fiebers, der verschiedenartigen Methoden der Aspiration und der Blasendrainage und der Excision der Prostata. Arning.

Gibbon (12). Höchst eigenthümlicher Fall, wo ein verschluckter Fremdkörper, grosse starke Fischgräte, in der linken Perinealgegend unter ausgebreiteter Phlegmone sich ausstiess; im Anschluss daran totale Gangrän des Perineums und der Scrotalhaut. Heilung in 4 Wochen unter Hauttransplantationen. Arning.

Gould (13) beschreibt mit Berücksichtigung der Literatur 6 eigenthümliche Fälle von Hydrocele. Fall 1: Lipo-hydrocele oder Galactocele, hydrocele graisseuse der Franzosen. Fall 2: Vaginale Hydrocele, die eine Cystocele des Hodens simulirte. Fall 3: Grosse Cystocele des Hodens, welche eine Hydrocele der Tunica vaginalis vortäuschte. Fall 4: Chronische Hydrocele vaginalis mit einer hernienförmigen Ausstülpung in den vorderen Theil der äusseren Hodensackhaut. Fall 5: Gewöhnliche vaginale Hydrocele, daneben eine kleinere Cyste, welche eine braune, sehr zähe, schleimige Flüssigkeit enthält, von alkalischer Reaction und Beimengung von Spermatozoen. Fall 6: Spermacyste von Enteneigrösse im Samenstrang ganz frei vom Hoden. Bezüglich der sehr interessanten Details verweise ich auf das Original. Arning.

Trevor (14). A French Catheter in the Male Bladder, removed by Suprapubic Lithotomy.

Im Anfange seiner Arbeit spricht Horovitz (15) im Allgemeinen über die Vortheile der Cocainisirung, wodurch nicht nur die operativen Eingriffe, sondern auch die Untersuchungsmethoden namentlich bei Neurasthenikern erleichtert werden. Nachdem er kurz die Gründe für die geringe Wahrscheinlichkeit einer Cocain-Intoxication auseinandergesetzt hat, geht er speciell auf die Zustände, welche sich in der urologischen Praxis für die Cocainisirung eignen, über. Zuerst erwähnt er die Krankheiten der Vorhaut als Phimosen und Paraphimosen, welche einen operativen Eingriff erfordern. Bei beiden injicire man zwischen inneres und äusseres Blatt, bei der Phimose von rückwärts. Zur vollständigen Anästhesirung genügen 4 Spritzen einer 5%igen Lösung. Die Cocainisirung der Harnröhre wird bei chronischen Gonorrhöen und ihren Folgen, sowie bei Neurosen der Harnröhre, namentlich zum Zwecke der Einführung stärkerer Instrumente empfohlen. Mit einer Tripperspritze injicirt er 2 Dcgr. Cocain in 8 Gr. Wasser gelöst in die Harnröhre, lässt sie 5 Minuten darin, um zuletzt vermittelst eines feinen, elastischen Katheters noch 1 Dcgr. in den hintern Harnröhrenabschnitt einzuführen. Dadurch wird dieselbe so unempfindlich gemacht, dass man bei einer Sondencur gleich in der ersten Sitzung ein Instrument von Nr. 18 durchführen kann. 3 bis 4 Cocain-Injectionen genügen, um die Cur ohne Schwierigkeiten zu vollenden. Um Schmerzen und Harndrang, wie sie bei

allen möglichen Erkrankungen der Prostata und Blase vorkommen, zu bekämpfen, nimmt man die Cocainisirung des Blasenhalses vor. Nach Ausspülung der Blase zieht man den Katheter bis in den Blasenhals vor und injicirt dann etwa 1 bis 2 Dcgr. in 6 bis 8 Gr. Wasser gelöst. Die Schrumpfblase behandelt Horovitz, indem er sie im Anfang cocainisirt, um sie fähig zu machen, eine grössere Menge Urin zu halten; erst später nimmt er die mechanische Erweiterung vermittelst Wassereinpressens vor. Nachdem noch kurz die vortheilhafte Anwendung des Cocains bei der Litholapaxie erwähnt ist, macht Verfasser zum Schluss auf die Cocainisirung des Nebenhodengewebes bei Hodenneuralgien aufmerksam, die er selbst mit gutem Erfolge ausgeführt hat. Hilgenstock.

Fedschenko's Instrument (16) stellt ein offenes Endoskop vor, in welchem ein zweites, geschlossenes Endoskop von kleinerem Durchmesser und abgerundetem Ende sitzt, das zugleich als Conductor dient. Einen Centimeter vom Ende des äusseren Endoskopes befindet sich eine ovale Oeffnung; eine ganz entsprechende genau in gleicher Höhe am inneren Endoskop. Der Rand beider Oeffnungen ist zugeschärft und schneidend, nur ist der Rand des äusseren Rohres stumpfer als der des inneren. Wird das äussere fixirt, das innere rotirt, so gleiten die Ränder gleich Scheerenblätter an einander vorüber und können einen eingestellten Polypen entfernen. Verfasser arbeitet nicht unter Nr. 28 (Fil.-Charrière.) Die Heilung erfolgt schnell und ohne Complicationen. Sternthal.

Stone (17) hat bei langdauernden, der Behandlung sehr widerstehenden Fällen von Cystitis bei Frauen folgende Behandlungsmethode angewandt: Nachdem die Patientin Morphium sulf. ($^1/_4$ Gr.), Atropin. sulf. ($^1/_{200}$ Gr.) subcutan erhalten, wird in Rückenlage derselben ein weiter Katheter in die Blase eingeführt und, nachdem der Urin abgeflossen ist, heisses Wasser von 110° F. in die Blase gegeben, bis die Patientin eine weitere Anfüllung nicht mehr ertragen kann. Man lässt es nun herausfliessen und erhält so die ganze Capacität der Blase in ihrem gegenwärtigen Zustande. Die Blase wird nun abermals gefüllt und wieder entleert, und da jede Sitzung 30 bis 40 Minuten fortgesetzt werden soll, so kann dieses abwechselnde Füllen und Entleeren viele Male geschehen. Für den Anfang muss man zufrieden sein, wenn der Gewinn an Ausdehnung 1 bis 2 Drachmen beträgt, bei einer Blase, deren Rauminhalt vielleicht nur 2 Unzen ist. Diese stärkere Ausdehnung kann erst unter dem Einflusse des Morphiums erfolgen; alsdann wird auch Wasser von höherer Temperatur (120 bis 125° F.) ertragen, bei welcher die besten Erfolge auftreten. Zur Injection bedient sich Stone einer Gummiballonspritze, die 2 bis 4 Unzen fasst. Sternthal.

Tunstall (18) empfiehlt folgende Vorschrift bei „irritable bladder": Potassium citrate 4 Drachmen, Fluid extract of triticum repens, Tct. of hyoscyamus āā 1 Unze, Fluid extract of Bucha $^1/_2$ Unze, Water q. s. ad 3 Unzen. D. S. 1 Theelöffel in einem Weinglase voll Wasser 3- bis 4mal täglich. Ledermann.

Rotter (19) empfiehlt als bequem und ungefährlich Ausspülungen der Blase ohne Katheter, indem er das Endstück eines mit einem Irrigator verbundenen Schlauches in die Urethra einführt und den Irrigator zuerst einen, dann zwei Meter hoch befestigen lässt — das Einfliessen in die Blase beginnt nach $^1/_2$—2 Minuten ruhigen Zuwartens gewöhnlich zuerst während der Exspiration, dann wird es continuirlich. Zu der Ausspülung benutzt Rotter die von ihm angegebene Desinfections-Flüssigkeit. Jadassohn.

Berger (20) wurde ein Fall von Rectumverengerung mitgetheilt, der mittelst Elektrolyse behandelt war. Nach einem perirectalen Abscess hatte

sich eine Verengerung des Rectum ausgebildet, welche die Fingerspitze nicht mehr passiren liess. Eine elektrolytische Behandlung wurde eingeleitet. Nach der 7. Sitzung war die Strictur für den Finger durchgängig, nach der 25. war eine bedeutende, aber keine vollständige Besserung zu bemerken. Die Kranke verlor sich dann aus der Behandlung des betreffenden Arztes. Wenn Berger aus diesem einen Fall auch keinen positiven Schluss über den Werth dieser Behandlungsmethode ziehen will, so glaubt er, dass dieselbe doch bei manchen Rectumstricturen sehr zu berücksichtigen sei.

Hilgenstock.

Gonorrhöe und deren Complicationen.

1. **Lavaux.** Contribution à l'étude physiologique de la région membraneuse de l'urètre chez l'homme. — La semaine méd. 1889, pag. 179.
2. **Urguhart.** Thos. H. The Gonococcus as a Pathognomic Sign of Gonorrhoea. — The St. Louis Med. and Surg. Journ., April 1890.
3. **Oberländer.** Die papillomatöse Schleimhautentzündung der Harnröhre. (Urethritis papillomatosa.) — Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. X.
4. **Wertheim.** Ein Beitrag zur Kenntniss der Gonorrhöe beim Weibe. — Wiener klin. Wochenschr. 1890, pag. 25.
5. **Sinclair.** On the diagnosis of gonorrhoeal infection in women. — Lancet, 7. Juni 1890.
6. **Jadassohn** J. Ueber die Gonorrhöe der paraurethralen und präputialen Drüsengänge. — Deutsche med. Wochenschr. 1890, Nr. 25 u. 26.
7. **Crandall** F. M. Gonorrhoea in a brother and sister, aged, respectively six and eight years. Read before the section in paediatrics of the New-York Academy of Medecine 13 March. 1890 with a demonstration of the gonococcus found. — New-York Med. Journ., 26. April 1890.
8. **Trousseau.** Forme insidieuse grave de l'ophthalmie blennorrhagique. — Ann. de derm. et de syph. 1890, pag. 6.
9. **Legry** Th. Ophthalmie et abcès du sein. — Le Progrès méd. 1887, Nr. 35.
10. **Classen** F. L. On Pyaemia as a sequel to gonorrhoea. — Albany Med. Ann., March 1890. Ref. in The London Med. Record., 20. Mai 1890.
11. **Koplik** Henry. Arthritis complicating vulvo-vaginal inflammation in children. — New-York Med. Journ., 21. Juni 1890.
12. **Simpson** W. K. A case of acute rheumatic laryngitis of gonorrhoeal origin. — The Journ. of the Americ. Med. Associat, 12. April 1890, S. 543.
13. **Feleki.** Ueber im Anschlusse an die Blennorrhöe auftretende Tendovaginitis. — Pester med.-chir. Presse 1890, 2 u. 3.
14. **Legrain.** Urethrite dans la convalescence de la fièvre typhoide. — Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1889, Mai.
15. **Neilson.** Thomas R. A report of two cases of stricture of the urethra and chronic prostatitis presenting interesting reflex symptoms. — Med. News, 28. Juni 1890, S. 707.
16. **Treub.** Des causes de la stérilité dans les deux sexes. — La semaine med. 1890, pag. 266.
17. **Ehrmann** S. Die Behandlung der Blennorrhoea urethrae. — Centralblatt für die gesammte Therapie 1888.
18. **White** William. A method of applying antisepis in the treatment of recent anterior urethritis. — The Med. News, 14. Juni 1890.
19. **Malécot.** Traitement abortif de la blennorrhagie. — Gaz. des hôpit. 1890, pag. 516.

20. **Lane** J. Ernest. Salol in the treatment of gonorrhoea. — Lancet, 22. März 1890. Med. News, 26. April 1890.
21. **Prochownick.** Die Behandlung des frischen Trippers beim Weibe mit dem constanten Strom. — Münchner med. Wochenschr. 1890, Nr. 27.
22. **Biro.** Mercurbehandlung bei Blennorrhoea urethrae. — Pester med.-chir. Presse 1890, pag. 15.
23. **Barduzzi.** Sulla terapia dell' endometrite cervicale blennorragica. — Giorn. ital delle mal. ven. e della pelle 1890, Nr. 1.
24. **Carter** Robert J. A new gonorrhoea bag. — The Brit. Med. Journ., 5. Juli 1890, S. 50.
25. **Dearer** J. B. The value of urethroscopy. — Americ. med. associat. 20. Mai. 1890, Med. Record., 7. Juni 1890.
26. **Otis** W. K. Neue Verbesserungen in urethroskopischen Apparaten. — New-York Med. Journ., 13. April 1889.
27. **Lang.** Behandlung der Strictur vermittelst Elektrolyse. — Sitzung der Ges. d. Aerzte v. 9. Mai 1890.
28. **Thomas.** Ein verbessertes Urethrotom. — Med. Record, 7. September 1889.
29. **Brown** Filden. Dilatateur uréthrotome. — Le Progrès méd. 1889, Nr. 39.
30. **Gerster** A. Ein selbstregierendes, aseptisches, dilatirendes Urethrotom. — New-York Med. Journ., 22. Juni 1889. Monatschr. f. ärztl. Polytechnik 1890, pag. 34.
31. **Nall's** Urethral Applicator. — Memphis Med. Monthly Mai 1889.
32. **Sommer.** Mandrin für Nelaton-Katheter. — Monatsschr. d. ärztl. Polytechnik 1890, Nr. 21.
33. **Casper.** Elastische Quecksilber-Bougies. — Therap. Monatsh. 1890, Heft V.
34. The best local application for swelled testicle. — The Times and Register, 5. April 1890. Ref. aus Kansas Med. Journ.

Lavaux (1) studirte die Widerstandsfähigkeit des Sphincter mit Hilfe des atmosphärischen Druckes und des Gewichtes einer cylindrischen Wassersäule. — Er fand, dass die Urethra penis 10—13 Gr., ja manchmal noch mehr fassen kann, ferner, dass Cocain um so mehr die Widerstandsfähigkeit des Spincter herabsetze, mit einer je grösseren Urethral-Schleimhautfläche es in Berührung gekommen ist. Ebenso tritt eine Schwächung des Sphincter ein bei Erkrankung der Urethralschleimhaut. Galewsky.

Urguhart (2) hält den Gonococcus für pathognomonisch bei echter Gonorrhöe.

Oberländer (3) gibt hier im Wesentlichen einen Auszug aus seiner in der Vierteljahresschrift 1887, pag. 1077—1100 erschienenen Arbeit.
Sternthal.

In drei Fällen von Pyosalpinx gonorrh. ist Wertheim (4) der Nachweis der Gonococcen, nicht nur im Eiter, sondern auch im Gewebe, gelungen. Im Eiter fanden sie sich reichlicher in dem von der Schleimhautwand abgestreiften, als in dem aus den Tuben vorquellenden Eiter. Ihre Form und Grösse, die charakteristische Anordnung in Eiterzellen, ihr Tinctionsverhalten sowohl zu Anilinfarben, als Gram'scher Methode, liess Zweifel über ihre Natur nicht aufkommen. Im Gewebe der Tube fanden sie sich nur sehr spärlich, waren jedoch nach Methylenblaufärbung mit Alkoholentfärbung sowie nach Kühne's Carbolblaumethode nachweisbar. Sie sassen im Epithel und in den obersten Bindegewebslagen, weitaus häufiger intracellular, selten in zwischen den Zellen verlaufenden Zügen. Das Epithel war dabei theils abgängig, theils zerworfen; dessen Kerne im Zerfall oder bläschenartig gequollen. In zwei Fällen chronisch-entzündlicher Adnextumoren fanden sich

keine Gonococcen und schlanke Bacillen, doch nimmt Wertheim im Gegensatze zu Sänger, der ein Fortbestehen des Processes auch nach Schwund der Gonococcen annimmt, an, nur so lange, als die Gonococcen beständen, könne der durch sie bedingte Entzündungsprocess bestehen. Nur die einmal gesetzten Veränderungen können die Gegenwart der Gonococcen überdauern, nicht aber die Entzündung, der active Process, der mit Schwund der Gonococcen erlöschen muss. Finger.

Trotz einer besonderen Würdigung der Arbeiten von Neisser legt Sinclair (5) den für die Bedürfnisse des Praktikers geltenden Hauptwerth auf eine exacte klinische Diagnose der weiblichen Gonorrhöe. Einzelne anamnestische Punkte, Veränderungen an den Bartholini'schen Drüsen und an ihren Ausführungsgängen, an den Tuben und an den Eierstöcken, schmerzhafte Störungen der Menstruation, namentlich nach stärkeren Blutungen, sind nach Sinclair's Ansicht von hervorragendster Wichtigkeit. Friedheim.

Im Anschlusse an die mitgetheilten Krankengeschichten von 8 Fällen entwickelt Jadassohn (6) seine Ansichten über die Gonorrhöe der paraurethralen und präputialen Drüsengänge. Bei 2 Fällen handelt es sich um präputiale Folliculitiden, bei 2 weiteren um typische, paraurethrale Folliculitiden, bei den 4 letzten um erkrankte Gänge an der Unterfläche des Penis. Bei der ersten Gruppe finden sich kleinere oder grössere Knoten zwischen den Blättern des Präputium, welche eine augenscheinlich präformirte Oeffnung aufweisen, aus der sich ein Eiterkörperchen, Epithelien und typische Gonococcenhaufen enthaltendes Secret ausdrücken lässt. Jadassohn ist mit Touton (vergl. dessen Arbeit in diesem Archiv 1889, pag. 15) der Ansicht, dass diese Gebilde verlagerte oder an ungewöhnlicher Stelle gebildete Tyson'sche Krypten darstellen. Die Annahme Oedmanssons, dass es sich um gonorrhoisch inficirte und aufgebrochene Lymphgefässe handeln solle, weist er zurück. — Bei der zweiten Gruppe finden sich feine Gänge, dicht neben dem Orificium urethrae mündend und parallel zur Urethra nach hinten verlaufend, welche bei ihrer Erkrankung ein Bild geben, das am meisten der Urethritis externa beim Weibe entspricht. Sie scheinen am häufigsten vorzukommen. Es scheint sich auch hierbei — histologische Untersuchungen liegen nicht vor — um mit Epithel ausgekleidete Gänge zu handeln. Vielleicht sind diese feinsten Drüsengänge nur abnorm verlagerte Ausmündungen der in der männlichen Urethra anterior ausmündenden Littré'schen Drüsen. — In die dritte Gruppe gehören die Gänge, die an der Unterfläche des Penis neben der Raphe desselben seitlich und nach hinten vom Frenulum verlaufen und von dem Corpus cavernosum urethrae mehr oder minder deutlich abzugrenzen sind. Hierzu gibt Jadassohn die mikroskopische Untersuchung des einem Patienten excidirten Ganges. Aus derselben sei hervorgehoben, dass das Epithel der Haut sich in den ganzen ziemlich langen Anfangstheil des Ganges fortsetzte. Eine kleine Strecke weit liess sich auch die Hornschicht verfolgen, hörte aber dann auf und ein mehrfach geschichtetes Pflasterepithel kleidete den Gang aus. In der Tiefe theilte sich das ursprünglich einfache Lumen und hier fanden sich Cylinderepithelzellen. Gonococcen liessen sich nur in dem Bereiche des Pflasterepithels auffinden, der specifische Process hatte also die tieferen mit Cylinderepithelzellen ausgekleideten Seitenzweige nicht ergriffen, wiewohl er lange bestand. Die reinentzündlichen Symptome dagegen waren auch hier vorhanden. In eine vierte Gruppe würden die relativ weiten Gänge an der Dorsalfläche des Penis gehören, welche zwischen den beiden Corpora cavernosa penis vom Sulcus coronarius bis an die Symphyse sich erstrecken können. Hiervon hat Verfasser keinen Fall gesehen. Differentialdiagnostisch werden

gonorrhoische Folliculitiden — bei mikroskopischer Untersuchung des Secretes — im Allgemeinen dem Geübten keine Schwierigkeiten bieten. Die Prognose wird durch ihr Vorhandensein verschlechtert, da sie ein Depôt für Infectionsstoff bilden. Der Verlauf ihrer Erkrankung entspricht dem der Gonorrhöe (acutes Stadium, Abnahme der Erscheinungen, chronisches Stadium). Ob spontane Ausheilungen vorkommen, ist nicht zu sagen. Die Behandlung besteht in Ausätzen mittelst Argentum in Substanz, Einspritzen von Argentumlösungen, Ausbrennen mit dem Galvanokauter oder Mikrobrenner, elektrolytischer Zerstörung und — am besten — Excision und Naht. Zum Schluss bespricht Jadassohn die von Bumm aufgestellten Thesen über den Verlauf des gonorrhoischen Processes. Er stimmt mit Bumm überein, dass die Phagocytose bei der Heilung der Gonorrhöe keine Rolle spielt. Ob des Weiteren, wie Bumm will, der gonorrhoische Process eine reine Oberflächenerkrankung sei, erscheint namentlich durch die Dinkler'sche Arbeit — Auffinden von Gonococcen im Gewebe der exulcerirten Cornea und der prolabirten Iris an einem wegen eines perforirenden Hornhautgeschwüres bei Blennorrhöe enucleirten Auge — zweifelhaft und der Nachuntersuchung dringend bedürftig. Durch die Arbeiten von Touton, Dinkler und des Verfassers ist nunmehr auch nachgewiesen, dass das Pflasterepithel nicht immun gegenüber den Gonococcen ist und damit fällt die Anschauung, dass die Umbildung des normalen Cylinders — in Pflasterepithel die Bedingung für die Heilung der Gonorrhöe sei, obwohl diese Umbildung an sich eine Thatsache ist, welche ihre Analoga hat. Sternthal.

Zwei gonorrhoisch erkrankte Geschwister von 6 und 8 Jahren kommen unter die Beobachtung Crandall's (7); beide zeigen in dem Ausfluss typische Gonococcen. Die Quelle der Infection ist nicht mit Sicherheit zu ermitteln. Ledermann.

Trousseau (8) theilt einen Fall mit von im Anfange ziemlich gutartig scheinender blennorrhagischer Conjunctivitis, die wohl mit Röthung und pericornealer Chemosis, aber nur mit geringer Schwellung der Lider, geringer Secretion verlief, die Cornea intact liess, auf Sublimatirrigationen (1 : 2000) Lapispinselungen (2 : 100) der Heilung soweit entgegenging, dass nur mehr leichte Chemosis zurückblieb, als sich plötzlich, am 14. Tage des Bestandes der Erkrankung, ohne Zunahme der Secretion Geschwüre an beiden Hornhäuten entwickelten, die sich rasch vergrösserten, trotz Spaltung der Cornea, Cauterisation mit Pacquelin zu Schmelzung der Cornea, Prolaps der Iris führten. Die Conjunctiva zeigte während dieser Zeit keine Spuren mehr von Erkrankung. Excision eines Theiles der chemotischen Conjunctiva zeigte dieselbe von Gonococcen dicht durchsetzt. Am Grunde der Cornealgeschwüre fanden sich Gonococcen und Eitercoccen. Es sind also Oedem der Lider, eiteriger Ausfluss nicht die einzigen prognostisch massgebenden Factoren, auch der Bestand einer Chemosis allein kann noch gefährlich werden. Nicht der Contact der Cornea mit dem Eiter, die Gegenwart des Virus auch ohne Secretion birgt die Gefahr. Finger.

Legry (9) bestreitet die Richtigkeit der allgemein üblichen Anschauung, als ob zur Entstehung einer Mastitis das Vorhandensein irgend einer Läsion an der Warze oder in deren Umgebung nöthig wäre. Die pathogenen Mikroorganismen könnten auch ohne eine solche künstliche Eingangspforte ihren Weg in die Brustdrüse durch die Oeffnungen der Milchgänge finden, wie das einige Beobachtungen beweisen. Es handelt sich um Frauen, die ihre an Blennorrhöe der Conjunctiven, resp. an suppurativer Parotitis leidenden Kinder selbst nährten und eine Mastitis bekamen, ohne dass die sorgfältigste Untersuchung eine Verletzung der Brust ergab.

Diese Beobachtungen fordern zu Vorsichtsmassregeln in allen Fällen auf, wo Frauen Kinder mit eiterigen Conjunctivitiden oder ähnlichen purulenten Processen an die Brust nehmen; es empfiehlt sich, einmal durch passende Verbände den Eiterabfluss auf die Brust zu verhindern und dann nach jedesmaligem Anlegen die Brust mit einer antiseptischen Flüssigkeit sorgfältig zu reinigen. Bruck.

Unter dem Titel „Pyämie als Folge von Tripper“ beschreibt Classen (10) folgenden Fall: Ein 32jähriger, gonorrhoisch erkrankter Mann wird am Ende der ersten Woche von einem gonorrhoischen Gelenkrheumatismus der Hand, Finger und Sternoclaviculargelenke befallen. Während dieser Zeit kein Ausfluss. Nach zwei Wochen unter Jodkali Besserung. Am Beginn der dritten Woche plötzlich wiederholt Schüttelfrost mit nachfolgenden profusen Schweissen, grosser Durst, beschleunigte Respiration, Anorexie, Temperaturen zwischen 104 und 106 mit geringen Remissionen. Am Ende der vierten Woche Exitus. Keine Autopsie. Drei Tage vor dem Tode zeigte sich wieder Ausfluss aus der Urethra.

Im Anschlusse an zwei Beobachtungen, welche Kinder mit gonorrhoischer Vulvovaginitis — im Secret wurden Gonococcen gefunden — und nachfolgende Gelenksentzündungen betreffen, unterwirft Koplik (11) die Frage nach dem ätiologischen Moment der gonorrhoischen Arthritiden einer kritischen Betrachtung und spricht sich, ebenso wie Bumm und Baumgarten, für das Zustandekommen einer Mischinfection aus.

Als ein Unicum in der Geschichte des Rheumatismus gonorrhoicus bezeichnet Simpson (12) folgenden von ihm beobachteten Fall: Der 23jährige Patient, der sich Simpson zuerst am 23. Februar 1888 vorstellte, hatte drei Gonorrhöen acquirirt, die letzte vor fünf Wochen. Es bestand noch etwas Ausfluss aus der Urethra. Seit drei Wochen klagte er über Schmerzen und Steifigkeit im linken Knie, die bald auf das rechte Knie und das linke Hüftgelenk übergingen und jede Bewegung schmerzhaft machten. Seit drei Tagen bestand Schmerzhaftigkeit und Schwellung im linken Daumen, die sich auf die Streck- und Beugeseite der Handgelenke fortpflanzten. Zur Zeit zeigten diese Theile die typische Schwellung eines acuten Rheumatismus. Die Halssymptome begannen vor drei Tagen Morgens mit Schluckbeschwerden. Am folgenden Morgen war die linke Aussenseite des Larynx für kurze Zeit geschwollen. Am Abend wurde Patient heiser und jeder Versuch, zu sprechen, war schmerzhaft. Die laryngoskopische Untersuchung des Halses verursachte schmerzhaftes Schlucken. Es bestand Schmerz bei Druck auf die rechte Seite des Larynx; vollständige Aphonie; kein Husten. Beide Arytänoidknorpel geschwollen und roth, der rechte viel mehr als der linke, leicht ödematös, wie bei tuberculöser Laryngitis. Das rechte Stimmband unbeweglich bei der Phonation. Die ganze Schleimhaut der einen Larynxhälfte hyperämisch; das linke Stimmband leicht injicirt; das rechte Stimmband von tief purpurrother Farbe. Die Behandlung bestand zunächst in der Darreichung von Natrium salicylicum. Am 23. Februar keine Besserung der Halssymptome; Athmung behindert. Am 28. Februar Jodkali innerlich; am 29. Februar Blasenpflaster auf die rechte Seite des Larynx; darauf Rückgang der Larynxschwellung. Am 6. März Schwellung vollständig verschwunden; Stimme bedeutend besser; aber noch sehr geringe Beweglichkeit des rechten Aryknorpels und rechten Stimmbandes; die Farbe beider Stimmbänder noch sehr roth. (Ein ganz analoger Fall ist von Libermann [Tripperrheumatismus des Larynx. L'Un. méd. 151—153, 1874] beschrieben. Ref.) Ledermann.

Feleki (13) berichtet über zwei Fälle von Tendovaginitis, die beide die Sehnenscheiden der Flexoren der Hand betrafen und sich beide zu acuter Urethritis posterior gesellten. In dem einen Falle war auch eine Bursitis praepatellaris acuta nachweisbar. In beiden Fällen verlief die Tendovaginitis acut und günstig. Salicyl gab keinen, Thallin dagegen einen guten Effect.

Legrain (14). Ein Soldat zeigte in der Reconvalescenz nach schwerem Typhus eine sich rasch steigernde purulente Urethritis, die sich auf die Pars posterior erstreckte. Typhusbacillen und Gonococcen fehlten im Secret.

Finger.

Neilson (15) berichtet über zwei Fälle von Urethralstricturen und chronischer Prostatitis, die gleichzeitig neuralgische Beschwerden an anderen Körperstellen darboten. Bei einem dieser Fälle konnte diese reflectorische Wechselwirkung experimentell zur Anschauung gebracht werden, indem Reiben der Glans penis Schmerzen im Fuss und Reiben der Füsse Sensationen in der Urethra hervorrief.

Ledermann.

Treub (16) bekennt sich ebenso, wie Kehrer zu der Ansicht, dass bei der Mehrzahl der kinderlosen Ehen die Frau steril ist (nach Kehrer der Mann in 36 Procent der Fälle). Die Ursache der Sterilität beim Weibe kann auf chronischer Endo- und Perimetritis, auf Vaginismus etc. beruhen, beim Manne kann die Ursache zur Sterilität eine zweifache sein, der Aspermatismus und die Azoospermie. Im ersteren Falle kann ein chirurgischer Eingriff helfen, im zweiten Falle sei es, dass sie hervorgerufen ist durch gonorrhoische und einfache, resp. doppelte Epididymitis, oder durch Tuberculose, ist eine Hilfe fast unmöglich.

Galewsky.

Ehrmann (17) spricht im Anfangsstadium des Trippers, wo die entzündlichen Erscheinungen überwiegen, der conservativen Behandlung mit balsamischen Mitteln, wie Copaivabalsam und Santalöl, das Wort. Mit Injectionen solle man erst beginnen, wenn die zweite Portion Harn ganz klar und so bewiesen wäre, dass die Harnröhre durch den Urin gänzlich von dem angesammelten Eiter reingespült würde. Er bestreitet zwar nicht, dass in vielen Fällen die Injectionen schon im Anfang gut vertragen werden, glaubt aber, dass sehr oft auch unangenehme Folgen daraus resultiren, und, da durch das Abwarten mit dem Einspritzen nach seiner Meinung höchstens die Heilung etwas verzögert, dadurch aber niemals etwas geschadet wird, so lässt er erst einspritzen, wenn er sich überzeugt hat, dass der Urin im Stande ist, die Urethra vollständig auszuwaschen. Als Injectionsflüssigkeit in diesem Stadium empfiehlt er am meisten eine Lösung von Zincum sulfo-carbolicum 0·1—0·6 : 200·0 Aqua dest., hält aber auch Kalium permang., Zincum sulfuricum etc. für brauchbar, wenn sie in der richtigen Weise verordnet werden. Mit diesen Mitteln soll man in den meisten Fällen auskommen, um den Tripper zur Heilung zu bringen, und nur, wenn das in 8—10 Wochen nicht gelingt, soll man zu anderen greifen. Verfasser kommt so auf die chronische Blennorrhöe, die mit wenigen Worten erledigt wird; er bezeichnet eine Blennorrhöe als chronisch, wenn im 4. und 5. Monat seit ihrer Entstehung sich noch immer ein Eitertropfen des Morgens entleert und wenn in der zweiten Harnportion zu dieser Zeit noch immer reichlich Tripperfäden vorhanden sind. Eine leichte Serosität bei Pressen und Melken der Urethra bedarf dagegen keiner besonderen Behandlung mehr. Ehrmann geht nicht auf die Möglichkeit ein, dass dieser seröse Tropfen eventuell auch noch Gonococcen enthalten und so infectiös sein kann. Die Ursache für die chronische Blennorrhöe kann eine verschiedene sein. In einzelnen Fällen handelt es sich um hypertrophische Formen der Urethritis, ähnlich dem hypertrophirenden

Conjunctivalkatarrh oder um wirkliche Warzenbildung, im anderen Falle ist es eine Hyperämie des Colliculus seminalis und die dadurch bedingten häufigen Pollutionen, die den katarrhalischen Zustand der Harnröhre in Permanenz erhalten. Schliesslich kann Tuberculose der Prostata und der Samenbläschen den Grund für die chronische Blennorhöe abgeben. Bei der hypertrophischen Urethritis empfiehlt Ehrmann die Sondencur und Touchirung mit dem Cuprum sulfuricum-Stift im Endoskop. Hyperämien werden mit Arg. nitr. (2—4%) mittelst Guyon oder Ultzmann behandelt, Warzen mit dem scharfen Löffel, spitze Condylome im Orificium urethrae und in der Fossa navicularis elektrolytisch entfernt. Die Complicationen des Trippers theilt Verfasser in solche, welche von der Urethritis anterior, und solche, welche von der Urethritis posterior ausgehen. Zu der ersten Kategorie gehören im Wesentlichen die periurethralen Infiltrate und Abscesse. Im Anschlusse an die Urethritis posterior kann die Prostata, das Vas deferens und der Hoden einerseits, die Blase, der Harnleiter und die Niere andererseits erkranken. Bezüglich der von Ehrmann geübten Behandlung, die nichts wesentlich Neues enthält, muss auf das Original verwiesen werden.

Bruck.

Nach einer kritischen Besprechung des ätiologischen Moments der Gonorrhöe, wobei sich White (18) ziemlich reservirt den Gonococcen als Krankheitserregern gegenüber verhält, geht Verfasser zu einer Betrachtung der localen Heilmittel, die er in drei gesonderte Gruppen scheidet, über. Zu der ersten rechnet er diejenigen, welche, wenn sie in antiseptisch wirksamer Concentration gebracht werden, viel zu starke Reizung der Harnröhrenschleimhaut bedingen. Er zählt hierher Argentum nitricum, Kalium permanganicum, Acidum salicylicum, Creosot. Die zweite Gruppe schliesst solche Substanzen ein, deren antiseptische Wirkung zu gering ist, um alle in Harnröhrenausflüssen gefundenen Bacterien zu vernichten. Obleich diese Mittel, zu denen White Resorcin, Thallin, Chinin, Zincum sulfuricum und aceticum, Lanolin, Sulfur, Tannin, Alaun, Hydronaphthol, und Cadmium sulfuricum zählt, alle mehr oder minder enthusiastische Vertreter haben, so zeigt doch die bacteriologische Forschung, dass ihre Wirksamkeit nur auf wenige Varietäten von Mikroorganismen beschränkt ist. In die dritte gehören ebenfalls antiseptisch wenig wirksame Substanzen, die, in den gewöhnlichen Medien unlöslich, durch Bildung von Concretionen die Schleimhaut mechanisch reizen. Unter diesen sind Jodoform, Calomel, Wismuth, Zinkoxyd die bekanntesten. Verfasser geht dann zu einer Besprechung von fünf nicht in seiner Eintheilung erwähnten Agentien (Sublimat, Zincum sulfo-carbolicum, Acidum boricum, Wasserstoffsuperoxyd und Bismuthum salicylicum), deren Wirksamkeit er von allen noch am meisten schätzt, über. Er verwirft die Methode der tiefen Irrigationen und Retroinjectionen, die er besonders in Laienhand zu vielfachen Complicationen Anlass gebend gesehen hat und empfiehlt häufige mit mässiger Kraft ausgeführte Injectionen mittelst grosser Spritzen. Die Lösungen nimmt er so stark, wie sie, ohne besondere Schmerzen zu verursachen, nur vertragen werden. Was das Sublimat betrifft, so verursachte es in einer Anzahl von Fällen nicht sowohl Schmerzen während der Injection als nachfolgenden Harndrang. In anderen wenigen Fällen wurde es zwar gut vertragen, war aber wirkungslos; in anderen wirkte es geradezu verschlimmernd. Borsäure allein hatte keine Wirkung, konnte aber durch Combination mit Sublimat wirksamer gemacht werden. Eine 5- bis 10%ige Lösung von Wasserstoffsuperoxyd hatte die besten antiseptischen Eigenschaften, welche bei profuser katarrhalischer Secretion durch Bismuthum salicylicum noch verbessert wurden. In vielen Fällen mit starken entzündlichen Erscheinungen waren Injectionen nicht möglich und mussten durch interne Darreichung von Borsäure in Verbindung

mit Bromkali und Belladonna, gelöst in Kalium citricum ersetzt werden. Diese Mixtur war zwar ohne besondere Einwirkung auf den Ausfluss, milderte aber den Harndrang, die Chorda und den Tenesmus vesicae. Beim Abklingen dieser Symptome gab White Cubeben und Copaiva. In neuerer Zeit hat er mit der inneren Darreichung von Salol in Verbindung mit Copaiva und Cubeben ausserordentlich günstige Resultate erhalten. White fasst seine Anschauung über das Wesen und die Behandlung der Gonorrhöe in folgende Schlusssätze zusammen: 1. Der mikroskopische und experimentelle Beweis für den bacteriellen Ursprung der Gonorrhöe ist durch die klinische und therapeutische Erfahrung gesichert. 2. Die Erfolge der antiseptischen Behandlung sind nicht so günstig, als man a priori erwarten konnte, gewesen: a) wegen der anatomischen und physiologischen Besonderheiten der männlichen Urethra, b) wegen der Schwierigkeit, eine hinreichend energische Localantisepsis auszuüben. 3. Kein einziges Antisepticum kann in der Stärke applicirt werden, wie es zur Sterilisation des Eiters und der Schleimhaut nothwendig ist. Eine Combination mehrerer Antiseptica ist daher von nicht zu unterschätzendem Werthe. 4. Die interne Darreichung von Salol in Verbindung mit Copaiva und Cubeben macht den Harn aseptisch und wahrscheinlich antiseptisch, kürzt die Dauer der Krankheit ab und verringert die Häufigkeit und Schwere der Complicationen. 5. Die Erzeugung eines aseptischen Urins durch interne Medication ist von beträchtlichem Werth nicht allein bei entzündlichen Vorgängen des Genito-Urinartractus, sondern auch als Vorbereitung der Kranken für Operationen an diesen Organen und zur Nachbehandlung. Ledermann.

Malécot (19) empfiehlt folgende Abortiv-Behandlung: Nachdem der Kranke urinirt hat, wäscht er die Urethra mit einer schwachen Borsäurelösung aus. Hierauf führt er den Guyon'schen Instillateur bis zum Schliessmuskel ein und injicirt eine Spritze einer Argentumlösung 1 : 50 (in den folgenden Tagen 1 : 100 und 1 : 150). Diese Injectionsflüssigkeit bleibt 2—3 Minuten in der Harnröhre. Ausserdem wendet Verfasser gleichzeitig äussere Waschungen der Genitalien mit schwachen Desinficientien an und Injectionen in die Harnröhre von Salicylquecksilber (0·05 : 100 in warmer Lösung). Innerlich gibt Malécot 6—8 Kapseln Oleum ligni Santali vom ersten Tage an. Verfasser gibt selbst zu, dass auch bei seiner Behandlung eine „sichere Heilung" nicht immer sofort möglich ist. Galewsky.

Lane (20) bezeugt den Werth des Salols in allen Stadien der Gonorrhöe. Von 50 behandelten Fällen wurden 6 geheilt, 24 bedeutend gebessert; bei 15 war keine Veränderung, während in 5 Fällen Verschlimmerung eintrat. Die Tagesdosis betrug 3 Mal täglich 5 bis 30 Gran. Die wohlthätige Wirkung des Salols zeigt sich in sehr kurzer Zeit. In acuten Fällen wird die Schmerzhaftigkeit beim Uriniren bald beseitigt, in mehr chronischen Fällen hört der Ausfluss bald auf. In 10 Fällen wurden Injectionen mit Salolzusatz gemacht. Vier Stunden nach Gebrauch von 20 Gran Salol per os zeigten sich Spuren von Carbolsäure und Salicylsäure im Urin.

Ledermann.

Prochownick (21), welcher sich, wie Apostoli und Laquerrière, mit der antibacteriellen Wirkung des elektrischen Stromes experimentell beschäftigt hat, berichtet über einige praktische Erfolge, welche er bei frischer Gonorrhöe des Cervix in 4 Fällen erzielt hat; diese kurz wiedergegebenen Krankengeschichten (mit mikroskopischer Untersuchung des Secrets) sprechen in der That so sehr für die Methode, dass bei der bekannten Erfolglosigkeit der verschiedensten therapeutischen Versuche Nachprüfungen dringend erwünscht sind. Der Verfasser benützte mittlere Stromstärken (bis zu 120 M. A.)

und führte die an dem + Pol angebrachte Sonde in den Cervix ein; daneben Ausspülungen mit Chlorzink oder Sublimatlösungen. In der Urethra wurden genügend starke Ströme nicht vertragen; dieselbe wurde durch Auswischen mit dem Argentumstift erfolgreich behandelt. Jadassohn.

Biro (22) hat 30 Fälle, 14 acute, 16 chronische Urethritiden mit Calomel intern behandelt und geheilt, welche Behandlung er, bei der jetzigen Auffassung der Aetiologie des Trippers, da sie die Lebensfähigkeit der Gonococcen behindert, als berechtigt erklärt. Finger.

Nach der Ansicht Barduzzi's (23) ist beim Weibe die Cervicalblennorrhöe eine sehr häufige Form blennorrhagischer Erkrankung; sie tritt sowohl primär, als auch secundär, nämlich durch Fortpflanzung des Processes von der Vagina, der Urethra, den Bartholin'schen Drüsen und den periurethralen Follikeln auf die Cervicalschleimhaut auf. Als erstes Postulat einer rationellen Therapie stellt Barduzzi die Bekämpfung der Gonococcen durch antiseptische Mittel auf; dass einem bestimmten Antisepticum vor den übrigen ein besonderer Vorzug eingeräumt werden könne, leugnet er. Er hatte wiederholt Gelegenheit, sowohl die Wirksamkeit des Sublimats, als auch jene des Zincum sulfo-carbolicum, des Resorcins und des Chlorzinks zu erproben, und zwar in verschiedenen Concentrationen je nach den speciellen Indicationen. Die Behandlung muss bis zum gänzlichen Aufhören jeder krankhaften Secretion fortgesetzt werden. In der Mehrzahl der Fälle genügen Irrigationen der Vagina mit 35—40grädigen antiseptischen Lösungen nicht, vielmehr muss die Dilatation des Cervicalcanals entweder nach der Methode von Cheron oder durch Einlegen von jodoformirten Pressschwämmen, von Laminaria- oder Tupelostiften vorgenommen werden. Mitunter reicht die blosse Dilatation hin, um vollständige Heilung zu erzielen; ist dies nicht der Fall, dann wende man nachträglich endocervicale Injectionen von Liquor Van Swieten, von Carbol- oder Pikrinsäurelösungen an. Die Menge der mittelst der Braun'schen Spritze oder des Guichard'schen Apparates zu injicirenden Flüssigkeit darf das Volumen von 4 Ccm. nicht überschreiten. Zweckmässig ist es, den endouterinen Injectionen eine endocervicale Irrigation mit leichten antiseptischen Lösungen von 38° C. voranzuschicken, wozu man sich des Boremor'schen oder des von Schroeder modificirten Fritsch'schen Katheters bedient. Barduzzi hat das beschriebene Verfahren in zahlreichen Fällen von Cervicalblennorrhöe angewendet und damit sehr günstige und rasche Erfolge erzielt. Dornig.

Carter's (24) „new gon. bag" soll das Schmutzigwerden der Kleider durch den Gonorrhöe-Eiter und dadurch die Gefahr der Infection anderer Schleimhäute verhindern.

Dearer (25) hebt in seinem Vortrag den Werth des Leiter'schen Urethroskops für die Diagnose und Behandlung chronischer Tripper hervor. Er unterscheidet nach dem urethroskopischen Befunde drei Arten: 1. Einfache chronische Urethritis; 2. folliculäre Urethritis; 3. Ulcerative Urethritis. Der Vortrag enthält nichts Neues. Ledermann.

Otis (26) brachte erstens an der geraden endoskopischen Röhre eine Spülvorrichtung an, um das Gesichtsfeld zu reinigen. Eine schmale Canüle, die sich $^1/_8$ Zoll von dem distalen Ende der Urethroskopröhre in dieselbe öffnet, läuft längs der Wandung derselben, dringt in der Nähe des proximalen Endes senkrecht durch die Wandung und endigt in einen Hohlzapfen, an welchen eine Gummibirne oder eine feine Pravaz'sche Spritze befestigt werden kann, je nachdem man spülen oder Medicamente appliciren will. Ferner hat Otis eine gekrümmte Urethroskopröhre construirt, für die hinteren Urethralpartien, welche mit Spiegelchen versehen ist. Um das Beschlagen

zu vermeiden, empfiehlt Verfasser Erwärmen oder Befeuchten mit Glycerin. — Der dazu gehörige Observator ist aus Hartgummi. Galewsky.

Lang (27) stellt einen Patienten vor, bei dem er eine Strictur, die Folge gonorrhoischer Urethritis und Periurethritis, die für 8—9 Charrière durchgängig war, elektrolytisch erweiterte. Er verwandte hierzu zwei in einander geschobene elastische Bougies; die innere diente als Leitbougie, die äussere, weiche als Elektrode dienende, endete in einen durchbohrten Metallknopf. Die Leitbougie wird nun durch die Strictur geführt, mit der äusseren mit dem negativen Pol verbundenen Bougie wird an die Elektrode herangerückt, der positive Pol am Körper angelegt und nun der Strom langsam ansteigen gelassen, während die Elektrode gleichmässig an die Strictur angedrückt wird. Bei 17 Milliampère Stromstärke betrug die Dauer der Einwirkung 11 Minuten. Sofort nach derselben passirte eine Sonde Charrière 20 die Strictur. Der Schmerz ist bei langsamer Steigerung der Stromstärke gering. Finger.

Thomas (28) glaubt ebenfalls dem Otis'schen Instrument gegenüber einen Vorzug geschaffen zu haben dadurch, dass er die Rinne oder Führung der Rinne und ihres Schaftes auf dem Instrument verschieblich angebracht hat. An einem Knopf wird die Rinne bis zum tiefsten Sitz der Strictur vorgeschoben und dort mittelst Schraube fixirt. Hierauf wird die Klinge bis an das Ende der Rinne vorgeschoben; sobald sie dort angelangt ist, dringt sie aus der Rinne hervor und tritt in Thätigkeit. Galewsky.

Brown (29). Genauere Beschreibung nur an der Hand der Abbildung möglich. Siehe das Original.

Gerster (30) hat im Gegensatz zum Otis'schen Instrument (an welchem er die schwere Zerlegbarkeit tadelt, und dass die erforderliche Amplitude der urethralen Incision nur durch vorhergehende genaue Messungen ermittelt werden kann) ein Instrument construirt, dessen Scheerenblätter nicht zum Schnitt, sondern zur Spannung der Strictur dienen, bei welchem der von hinten nach vorn erfolgende Schnitt durch eine median schneidende, verborgene Klinge erfolgt. Verfasser hat dasselbe in 34 Fällen angewendet. Er steigert die Dilatation gradatim, indem er zuerst auf einen mässigen Grad einstellt und dann allmälig den Dilatationsindex 5—10 Mm. weiter rücken lässt. Angefertigt ist das Instrument von Tilmann & Comp.
Galewsky.

Nall (31). Eine Bougie aus weichem Kautschuk, auf deren Oberfläche circa 4 Zoll vom distalen Ende aus becherförmige Vertiefungen sich befinden, welche mit Paste oder Salbe ausgefüllt werden. Sie soll sich namentlich bei prostatischen Stricturen empfehlen.

Sommer (32). Das Instrument besteht aus einem gekrümmten Stahlstab von 35 Cm. Länge, der an seinem unteren Ende abgeflacht ist, um dort bequem von der mit Führung und Schraube versehenen Klammer gefasst werden zu können. Die Klammer ist handlich, bequem zu fassen und läuft in 2 Haken aus, welche einen Ring bilden, in dem der Katheter festgeklemmt wird. Um den Mandrin nach der Einführung zu entfernen, genügt es, durch einen Druck auf die Klammer die Haken zu öffnen.
Galewsky.

Casper (33), welcher elastische Bougies mit Quecksilber ausgiessen liess, glaubt damit die Vorzüge der starren und weichen Sonden vereint zu haben. Speciell wird die Schwere der Bougies, ihre erhöhte Schmiegsamkeit und ihre Festigkeit gerühmt. Es dürfen nur ganz intacte Bougies zur Verwendung kommen, da durch einen Riss im Gummi Quecksilberkügelchen

nach aussen dringen. Der Preis ist wenig höher, als der eines gewöhnlichen elastischen Bougies. (Carl Herxheimer Frankfurt a. M.)

(34) Als die beste Heilmethode für Hodenschwellungen wurden in dem „Kansas Med. Journal" Umschläge, bestehend aus 1 Theil Tabak und 4 Theil Leinsamenmehl empfohlen. Das Mehl erzeugt feuchte Wärme, der Tabak beseitigt die Schmerzen in kurzer Zeit. Die gleiche Medication empfiehlt sich bei Cystitis (Umschlag auf die Pubes). Ledermann.

Venerische Helkosen.

1. **Ingria** e **Di Bella.** Su sei casi di ulcera non infettante papulosa. — Gazz. degli ospitali 1890, Nr. 28.
2. **Scott-Lang** W. Venereal Toxaemia. Edinburgh. — Brit. Med. Journ., 14. December 1889, pag. 1330.
3. **Janowsky.** Zur Anwendung der Salicylsäure bei Behandlung venerischer Geschwüre. — Internat. klin. Rundschau 1890, 24.
4. **Michalewitsch.** Die Calomelbehandlung des phagedänischen Schankers. — Therap. Neuigkeiten. Moskau 1889, 46 (russisch).
5. **Cordici.** Sur le traitement du bubon. — Lyon med. 1890, 4.
6. **Levi** Leone. Sui trapianti cutanei alla Reverdin nella protesi delle gravi lesioni inguinali d'origine venerea. — Il Morgagni 1890, Nr. 1.
7. **Lasserre.** Du traitement des adénites chroniques et de quelques abscès froids par des injections de naphthol. — Thèse de Paris 1890.

Ingria und Di Bella (1) beschreiben eine, wie es scheint, wenig gekannte Form des venerischen Geschwüres, auf welche sie die Aufmerksamkeit der Syphilidologen gelenkt wissen möchten. Bei 6 männlichen Individuen beobachteten sie nämlich Papeln von der Grösse einer kleinen Linse bis zu jener einer Erbse, die ihren Sitz am Präputium oder an der Glans hatten und von typischen, weichen Schankergeschwüren begleitet waren; in einigen Fällen waren letztere den Papeln vorangegangen, in anderen folgten sie ihnen nach. Die Papeln waren lebhaft geröthet und liessen an ihrer Spitze zumeist eine oberflächliche Ulceration erkennen, die, wie es schien, durch das Bersten einer kleinen vesiculo-pustulösen Efflorescenz entstanden war. Besagte Ulceration griff in keinem Falle in die Tiefe, ebensowenig verwandelte sie sich in ein typisches Ulcus molle. Schwellung der Leistendrüsen wurde dreimal beobachtet, darunter einmal mit dem Ausgange in Suppuration. Die Adenitis hatte entzündlichen Charakter und glich keinesfalls der syphilitischen Adenopathie. In 2 Fällen waren die Papeln mit Urethralblennorrhöe vergesellschaftet. Anamnestisch liess sich eine vorhergegangene luetische Erkrankung mit ziemlicher Sicherheit ausschliessen. Die Frage, ob es sich um eine ungewöhnliche Form des weichen Schankers oder um einfache (?) oder syphilitische Papeln, die durch die irritirende Wirkung des Schanker-Eiters hervorgerufen worden wären, gehandelt hätte, glauben die Autoren im ersteren Sinne beantworten zu sollen, obwohl sie sich bezüglich ihres endgiltigen Urtheiles über die Natur der von ihnen beschriebenen Geschwürsform eine gewisse Reserve auferlegen, da ihnen einerseits die Möglichkeit benommen war, sich durch Impfversuche von der Richtigkeit ihrer Diagnose zu überzeugen und sie andererseits ihre Kranken nicht genügend lange unter Beobachtung halten konnten. Die Möglichkeit, dass es sich um syphilitische Geschwüre oder um Ulcera venerea elevata gehandelt hätte, war nach der Ansicht der Autoren unbedingt ausgeschlossen.
Dornig.

Lang (2) wählt obige Bezeichnung für einen der Gonarthritis analogen Zustand, der bei einem Falle phagedänischen Schankers der Eichel ohne jegliche Betheiligung der Urethra sich einstellte, wobei ein phimotischer Zustand der Vorhaut geschaffen und der freie Abfluss des reichlichen dicken Eiters behindert war. Unter hohem Fieber kam es bei dem 24jährigen Manne, der auch früher nie gonorrhoisch erkrankt gewesen war, zu einer Arthritis des linken Sprunggelenkes und rechten Kniees. Arning.

Janowsky (3) vertheidigt die Salicylsäure gegen ihre jüngsten Angreifer, constatirt, dass dieselbe in seinen Versuchen, bei denen er sorgfältig nur das Geschwür, nicht auch dessen Umgebung mit dem Pulver bedeckte, nicht reizte, wohl aber den Zerfall in 2—3 Tagen sistirte, worauf unter Jodoform, 2% Borlösung in weiteren 10—14 Tagen Heilung der Geschwüre erfolgte. Die Frage des Einflusses dieser Behandlung auf die Verminderung der Zahl der Adenitiden konnte Janowsky nicht beantworten. Gegen venerische Adenitis leistet Salicylsäure nichts. Finger.

In Fällen von phagedänischen und weichen Geschwüren, welche der Behandlung mit Jodoform hartnäckig widerstehen, konnte Michalewitsch (4) eine sehr prompte und günstige therapeutische Wirkung der Calomelanwendung beobachten. Die Geschwüre verheilten meistens schon nach achttägiger Application des Mittels. Diese Behandlung ist sehr einfach und ganz schmerzlos. Szadek.

Cordici (5) empfiehlt bei Adenitis, sobald Eiterung nachweisbar, Punction mit nachfolgender Injection von circa 1 Ccm. Nitras argenti (1 : 50) Jodoformverband. Heilung in 3—4 Tagen. Bei schon sehr vorgeschrittener Eiterung lässt Cordici der Punction eine ausgiebige Irrigation der Abscesshöhle und 2—3mal wiederholte Injection der Nitras argenti-Lösung, die er wieder ausfliessen lässt, folgen. Auch hier erfolgt die Heilung überraschend schnell. Finger.

Levi (6) brachte einen, die linke Leistengegend einnehmenden, aus einem gangränösen venerischen Bubo hervorgegangenen colossalen Substanzverlust durch die Reverdin'sche Hauttransplantation in der kurzen Zeit von 11 Tagen zur Vernarbung. Dornig.

Lasserre (7) empfiehlt an Stelle des Jodoforms, respective des Jodoform-Alkohols das Naphthol bei vereiterten Drüsen und kalten Abscessen. Nach Incision und Entleerung des Eiters liess er mehrere Spritzen Naphtholwasser in die Wundhöhle fliessen. Nach sorgfältiger Reinigung injicirte er nochmals in die Wundhöhle. Als Lösung empfiehlt er, 5 Gr. Naphthol in 33 Theilen 90gradigen Spiritus zu lösen und dieser Lösung bis zu 100 Theilen heisses Wasser zuzusetzen; darauf heiss filtriren. Verfasser versichert, mit dieser Behandlung ausgezeichnete Resultate erzielt zu haben. Galewsky.

Syphilis. Allgemeiner Theil.

1. **Neumann.** Ueber Impfung mit dem Exsudat der Sklerose. — Wiener med. Blätter 1890, 23 u. ff.
2. **Taylor** R. W. Some unusual modes of infection with syphilis. — Journ. of cut. and gen.-urin. dis., Juni 1890. Read before the Am. assoc. of genito-urinary surgeons, at its fourth annual meeting. 2. Juni 1890.
3. **Bataschoff** J. S. On non-venereal syphilitic infection in country practice. — Medetzinskoie Obozrenie Nr. 1, pag. 18, 1890. Ref. The London Med. Record, 20. Mai 1890.

4. **Lubarski.** Ein Fall von Reinfectio syphilitica. — Med. Rundschau. Moskau 1890. 1 (russisch).
5. **Preiss** N. Ein Fall von Reinfectio syphilitica. — Russische Medizin 1889, 49 (russisch).
6. **Harrison-Younge.** A case of reinfection syphilitic. — Brit. Med. Journ., 22. November 1889.
7. Syphilis and marriage. Paris Letter. (From the special correspondent.) — Boston Med. and Surg. Journ., 22. Mai 1890.
8. **Elsenberg.** Syphilis und Tuberculose. — Berliner klin. Wochenschr. 1890, Nr. 6.
9. Le **Fevre** E. A case for diagnosis. The society of the Alumni of Bellevue Hospital. — New-York Med. Journ., 19. April 1890, S. 438.
10. **Büchler** A. F. Clinical Notes on syphilis. — Journ. of cutan. and gen.-urin. dis., Mai 1890.

Neumann (1) nahm Impfungen mit dem der Sklerose anhaftenden Exsudate am Träger in der 3.—5. Woche nach der Infection vor und erhielt so Indurationen, die sich aber erst zur Zeit der Proruption entwickelten, mit der Entwickelung des Exanthemes gleichen Schritt hielten und mit diesem gleichzeitig schwanden. Diese Induration ist nicht mit der Sklerose zu identificiren, sondern ein durch den Syphilisprocess erzeugtes Infiltrat, unterscheidet sich vom Primäraffect dadurch, dass derselbe mit der Proruption erweicht, während das Infiltrat durch diese Impfung erst zur Zeit der Proruption entsteht, zu den secundären Erscheinungen gehört, mit denen es gleichen Schritt hält. Nachdem somit schon in der Primärperiode der Organismus gegen Neuimpfung immun, also syphilitisch ist (? Ref.), ist die Hoffnung durch Excision des Initialaffectes den Ausbruch der Syphilis hintanzuhalten a priori aussichtslos. Finger.

Am Beginne seiner Rede lenkt Taylor (2) zunächst die Aufmerksamkeit auf den bekannten Unterschied zwischen directer und indirecter Syphilisinfection. Der erste berichtete Fall steht einzig in der Literatur da und betrifft eine Syphilisinfection mittelst Kaugummis. In dem zweiten Fall wird die Syphilisinfection auf einen unnatürlichen Geschlechtsact zurückgeführt, indem ein syphilitischer Mann den Penis eines andern in den Mund nahm und ihm mittelst der Zähne Verletzungen beibrachte. Einen umgekehrten Fall, wo der an dem Penis eines Syphilitischen Saugende, einen Tonsillenschanker davontrug, hat Taylor im December 1888 der Dermatologischen Gesellschaft in New-York vorgestellt. Der dritte Fall betrifft eine, wahrscheinlich von einem Cadaver herrührende Syphilisinfection. Ein Arzt macht 8 Stunden nach dem Tode eines an maligner Lues zu Grunde gegangenen Kranken die Autopsie, zerreisst sich, während er an den Muskeln zerrt, den vordem intacten Nagel des linken Mittelfingers. Einige Wochen später erscheint an dieser Stelle eine Sklerose, der sich Allgemeinerscheinungen anschliessen. Der vierte Fall betrifft gleichfalls einen jungen Arzt, der bei der 9 Stunden post mortem ausgeführten Autopsie einer syphilitischen Leiche sich inficirte und eine Fingersklerose nebst Consecutivis acquirirte. Bei einem anderen Kranken wurde die Lues von dem Arzt beim Aetzen einer einfachen Erosion des Präputiums durch Vermittlung eines Höllensteinhalters übertragen. Die Frau, mit der der Kranke seit Jahren sexuell verkehrte, war vollständig gesund. Es folgen dann Berichte über Uebertragungen der Syphilis durch ein Taschentuch, durch ein Badetuch, durch ein Irrigatoransatzrohr und durch den Gebrauch von Unterhosen eines Syphilitischen. Der nächste Fall verdient etwas ausführlichere Besprechung. Bei einer 24jährigen Frau wird die Ovariotomie im Charity Hospital gemacht. Der

behandelnde Arzt entfernt einige Wochen nach der Operation schnell und gewaltsam das die Wunde bedeckende Pflaster und applicirt auf die etwas wunde Haut ein neues Pflaster, nach dessen Entfernung ein indolentes Geschwür an der Stelle der Excoriation erscheint. Das Ulcus wird hart, erhaben, will nicht heilen. Drüsenschwellungen und Exanthem sichern die Diagnose Lues. Eine sorgfältige Betrachtung dieses Falles leitet Taylor zu der Ansicht, dass das syphilitische Virus entweder durch die Finger des Assistenzarztes auf die Excoriation direct implantirt ist, oder dass es in irgend einer unbekannten Weise auf das Pflaster gekommen ist. Sodann wird über eine etwas zweifelhafte, durch Vermittlung eines Wasserclosets erzeugte Syphilisinfection berichtet. In einem anderen Falle ist die Pfeife eines Conducteurs das wahrscheinliche Medium der Luesübertragung auf ein 10jähriges Mädchen. Dieselbe Rolle spielt bei dem folgenden ein zur Reinigung der Zunge dienendes Instrument (tongue-scraper), das einem Syphilitischen angehörte und von einem vorher Gesunden benützt wurde. Die Sklerose war in diesem Falle am Zungenrand. Interessant ist der folgende Fall, der eine ausführlichere Wiedergabe verdient: Eine verheiratete 27jährige Dame besucht ihre Schwester, deren jüngstes Kind zur Zeit an Plaques im Munde leidet. Bei verschiedenen Gelegenheiten schläft das Kind mit seiner Tante zusammen, die sich ängstlich hütet, es zu küssen. Sie bemerkte indessen, dass der Speichel des Kindes öfter auf das kleine Kissen floss, auf welchem ihr Haupt und das des Kindes ruhten. Zu dieser Zeit hatte sie einen Insectenbiss an der rechten Wange, nahe dem Kinn. An dieser Stelle zeigt sich 2 Wochen später, nachdem die Bissstelle verheilt war, ein dunkelrother, indurirter Knoten. Cervical- und Submaxillardrüsen, Roseola und Genitalpapeln vervollständigen das Bild der Lues. Zum Schluss seines Aufsatzes macht Taylor darauf aufmerksam, wie oft die Finger als Medium der Luesübertragung dienen. Ledermann.

Bataschoff (3) betont, dass die Uebertragung der Syphilis auf „nichtvenerischem“ Wege bei der russischen Landbevölkerung ausserordentlich häufig geschieht. Gemeinschaftlich benützte Utensilien, Küsse etc. bilden das Infectionsvehikel. Als classisches Paradigma dafür erzählt er folgenden Fall: Ein schon wegen Syphilis in der Stadt behandelter Soldat, zur Heimat beurlaubt, bekommt ein Recidiv, inficirt seine Frau, die wieder ihre Kinder ansteckt. Während Festlichkeiten und anderer Gelegenheiten wird die Krankheit auf andere Dorfbewohner übertragen. Nicht selten bilden Dienstmägde, die in der Stadt gedient haben, die erste Quelle einer localen syphilitischen Endemie. Ledermann.

Ein Soldat zog sich, wie Lubarski (4) berichtet, im Jahre 1878 während des russisch-türkischen Krieges, in Rumelien, im Alter von 24 Jahren, einen harten Schanker zu, der 3 Wochen nach einem Coitus zuerst gesehen wurde. 1 Monat später Scleradenitis universalis, Angina specifica, Roseola, behandelt mit 40 Quecksilbereinreibungen bis zum Verschwinden aller Symptome. Im Jahre 1879 Recidive (nässende Papeln am Anus und Scrotum) unter gleicher Behandlung zum Verschwinden gebracht. Im Jahre 1880 Tertiärerscheinungen, behandelt mit Schwefelbädern, Mercur und Jodkali. 8 Jahre lang völliges Wohlbefinden. Im December 1888, 3 Tage post coitum, weicher Schanker an der Lamina externa praeputii, gefolgt von rechtsseitigem vereiterten Inguinalbubo. Umwandlung des Ulcus molle in eine Sklerose. Im März 1889 Roseola, Angina, Drüsenschwellungen behandelt mit 10 Injectionen von Sublimat 2·0, Ol. vaselin. 60·0 eine Pravaz'sche Spritze voll jede Woche. Ledermann.

Harrison-Younge (6) berichtet über einen Fall von luetischer Reinfection, welcher sehr viel Wahrscheinlichkeit bietet. Der Kranke hatte

sich das erste Mal im Jahre 1882 inficirt, die letzten Erscheinungen hatte er im Jahre 1885 gehabt. Im Jahre 1889 zeigte er von Neuem eine Sklerose, welche begleitet war von indolenter Scleradenitis inguinalis. Bald darauf traten Roseola und Plaques muqueuses der Mundschleimhaut auf. Galewsky.

Der Specialcorrespondent des „Boston Med. and Surg. Journ.“ (7) gibt eine interessante Vorlesung Fournier's „Ueber Syphilis und Ehe“ im Hôpital St. Louis, wie folgt, wieder: Fournier begann mit folgendem Fall: Ein junger Mann, der vor seiner vollständigen Heilung heiratet, hat sein Weib inficirt, und diese wird zu gleicher Zeit gravid. Die Prognose ist besonders ernst für das Kind, das entweder vorzeitig abstirbt oder moribund zur Welt kommt oder bald nach der Geburt stirbt oder schliesslich am Leben bleibt, aber an Syphilis leidet. Die Lage ist schwer, aber nicht absolut hoffnungslos, weder für jetzt, noch für später. Was das letztere betrifft, so erreichen Schwangerschaften, wenn eine rationelle Behandlung der Eltern erfolgt, manchmal ein glückliches Ende. Was das erstere angeht, so ist ein solches Kind nicht absolut zum Tode verurtheilt: 1. Weil man Dank der Behandlung manchmal, obgleich nicht immer, den Abort vermeiden kann. Solche Kinder können syphilitisch werden, aber sie bleiben am Leben; 2. weil in den glücklichsten Fällen, ebenfalls Dank der Behandlung, manchmal gesunde Kinder zur Welt kommen. Die Indicationen in solchen Fällen bestehen natürlich in der Behandlung des Ehemannes und der Frau, obgleich sich, wie Fournier angibt, vor 30 oder 40 Jahren die Aerzte weigerten, eine schwangere, syphilitische Frau zu behandeln, 1. weil das Quecksilber gastrische Störungen verursachen und den Speichelfluss, an dem schwangere Frauen sowieso immer sehr zu leiden haben, vermehren, 2. weil es die Hydrämie der Schwangeren steigern, 3. weil es Abort erzeugen könnte. Gegen den ersten Einwand macht Fournier geltend, dass man das Quecksilber in einer den Magen nicht belästigenden Weise anwenden müsse. Dazu eignet sich nach seiner Ansicht das Proto-joduretum hydrargyri, das er in Verbindung mit geringen Opiumdosen verschreibt. Tritt trotzdem Magenreizung auf, so empfiehlt er Inunctionen. Was den zweiten Einwand betrifft, so spricht dagegen alle Erfahrung. Wenn der Mercur systematisch gegeben wird, so erzeugt er niemals Anämie. Im Gegentheile, man hat gesagt, dass das Quecksilber „das Eisen der Syphilis“ sei. Was den dritten Einwand betrifft, so ist klar, dass nicht das Quecksilber, sondern die Syphilis Abort macht; denn 1. eine Anzahl syphilitischer Frauen abortiren, ohne eine Spur von Quecksilber bekommen zu haben; 2. eine Reihe von Frauen, die eine Fehlgeburt nach der andern gehabt haben, tragen, sowie sie mit Mercur behandelt sind, aus. Fournier geht dann auf eine Besprechung der Gefahren über, die mit dem Säugen eines syphilitischen Kindes für die Mutter verknüpft sind. Er erwähnt eine Reihe von Fällen, in denen auf diese Weise 4—5 weitere Infectionen vermittelt wurden. Um diese schrecklichen Gefahren zu vermeiden, gibt es nur ein Mittel. Das inficirte Kind muss zu Haus bleiben und von seiner eigenen Mutter genährt werden. Vier Möglichkeiten können dabei in Betracht kommen: 1. Mutter gesund, Kind gesund, keine Gefahr für Beide. 2. Mutter syphilitisch, Kind syphilitisch, ebenso. 3. Mutter gesund, Kind syphilitisch. Das Kind kann gemäss dem Colles'schen Gesetz von der Mutter genährt werden (Fournier hält solche Mütter für latent syphilitisch). 4. Mutter syphilitisch, Kind gesund. Die Mutter inficirt aus dem umgekehrten Grunde nicht ihr nur scheinbar gesundes, in Wirklichkeit syphilitisches Kind. Daraus folgt, dass die Mutter in jedem Falle ihr Kind nähren muss, dass wir kein Recht haben, eine andere Frau der Ansteckungsgefahr auszusetzen.

Ledermann.

Elsenberg (8). Ein tuberculöses Individuum, mit alten Käseherden in der linken Lunge, inficirte sich mit Lues, in deren Verlaufe subcutane Gummen, zum Theil exulcerirt, und Sarkocele sich einstellten. Allmälig entwickelten sich tuberculöse Darmgeschwüre, Marasmus, und es trat Exitus ein. In den meisten pathologischen Producten konnten post mortem zahlreiche Tuberkelbacillen, wie bei Lebzeiten schon im Auswurfe, festgestellt werden. Die Knoten in der Haut konnten mikroskopisch nicht sicher als für die eine oder andere constitutionelle Erkrankung charakteristisch angesehen werden. Elsenberg gibt die Möglichkeit zu, dass bei tuberculösen Individuen syphilitischen Producten ein tuberculöser Charakter verliehen werden kann, und ist überzeugt, dass immer mehr derartige Mischformen beobachtet werden, die durch die vervollkommnete Erforschungsmethode der Syphilisparasiten eine feste Grundlage gewinnen können. (Vergl. damit die soeben erschienene Arbeit von Pollak [Wiener med. Wochenschr. 1890, Nr. 24] Ref.)

Karl Herxheimer.

Le Fevre (9) stellte einen 24jährigen Schuhmacher vor, dessen Anamnese Syphilis ergab und der zur Zeit über Doppelsehen und Schmerzen längs der Wirbelsäule klagte. Ausserdem konnte oberhalb der Incisura jugularis sterni ein Tumor gefühlt werden, dessen Entstehungszeit nicht ganz klar war. Der frühere Arzt gab an, dass der Tumor vor der syphilitischen Erkrankung nicht bestanden habe. Als die Geschwulst an Grösse zunahm, stellten sich Schluckbeschwerden ein, später Dyspnöe. Die Percussion ergab Dämpfung über der oberen Hälfte des Sternum; die Auscultation bei tiefer Inspiration Reibegeräusche. Ausserdem wurde bei tiefem Einathmen ein bedeutendes Herabsteigen des Zwerchfells mit Einsinken der Thoraxwandungen bemerkt. Dieses Phänomen weiss Redner nicht zu erklären, die Schmerzen längs der Wirbelsäule führt er auf einen Fall von der Treppe zurück. Die Discussion trägt nicht zur Aufklärung des eigenartigen Falles bei.

Ledermann.

Büchler (10) beschreibt zuerst 2 Fälle von Arthritis temporo-maxillaris, beide syphilitischen Ursprungs. Das Befallenwerden dieser Gelenke ist sehr selten. Büchler konnte nur einen analogen Fall (von Voisin) in der Literatur entdecken. Sodann schildert er einen Primäraffect in der Vagina eines 20jährigen Mädchens, der sich ausser durch seinen ungewöhnlichen Sitz, noch durch seine ausserordentliche Härte auszeichnete. Secundärsymptome folgten zur gewöhnlichen Zeit. Zum Schluss hebt er die guten Erfolge, die er mit der inneren Darreichung von Hydrargyrum salicylicum erzielt hat, hervor. Er gibt es in Pillenform, 3mal täglich $^1/_3$ Gran. Die Verdauungsorgane werden viel weniger als durch das Protojoduretum hydrargyri belästigt.

Ledermann.

Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

1. **Veslin** und **Feulard.** Relevé des chancres syphilitiques extragénitaux. — Ann. de derm. et de syph. 1890, 4.
2. **Poray-Koschitz** W. J. Die Topographie des syphilitischen Primäraffectes. — Charkow 1890, 8° (russisch).
3. **Rasumow.** Zur Diagnostik des Schankers des Mutterhalses. — Moskau 1890, pag. 65 u. 1 Chrom. (russisch).
4. **Lane** J. Ernest. Urethral chancres. — Harveian Soc. of London, 17. April 1890. The Brit. Med. Journ., 26. April 1890, S. 959.
5. **Galliard.** Chancre syphilitique du col. — La France méd., 1890 Mai.

6. **Marfan.** Chancre syphilitique de la cloison.
7. **Ehrmann.** Ueber die durch Päppeln syphilitischer Kinder acquirirten Rachensklerosen. — Wiener med. Wochenschr. 1890, 18 u. f.
8. **Mursin.** Zwei Fälle von Ulcus induratum palpebrae superioris. — Mitth. d. Gesellsch. russisch. Aerzte zu Moskau 1889, 1, pag. 10—14, (russisch). (Casuistisches).
9. **Taylor** Robert Z. Eczema from external irritants. Seborrhoeic eczema. Syphilis and pregnancy. Other cases. — Med. News, 21. Juni 1890.
10. **Allen.** Urticaria with erythematous syphilide. — The New-York Derm. Soc., 184 th. reg. meet. The Journ. of cutan. and genito-urinary diseases 1889, pag. 29.
11. **Majew.** Ueber das Pigmentsyphilid. — Wratsch 1889, 48, 51 (russisch).
12. **Benoist.** L'érythème vermillon syphilitique du voile du palais. — Thèse de Paris 1890.
13. **Salzmann.** Ueber Gummen an den Lidern. — Sitzung d. Ges. d. Aerzte vom 27. Juni 1890.
14. **Fournier.** Les gommes du voile du palais. — Rév. génér. de clin. et de thérap. 1890, 13.
15. **Lane** J. E. and **Carter** R. J. Sequelae of syphilis. — Clin. Society of London, Lancet 31. Mai 1890.
16. **Lane** Ernest. Adhesion of the soft palate to the pharynx the result of syphilis. — Brit. Med. Journ., 24. May 1890.
17. **Fox** Colcotte. Syphilitic stenosis of pharynx. — Med. Society of London. Lancet, 22. März 1890.
18. **Billoir.** Contribution à l'étude clinique de la syphilis vaginale. — Thèse de Paris 1890.
19. **Cochez.** Relation de deux cas de syphilides génitales ulcéreuses précoces. — Journ. d. malad. cut. et syphil. 1889, S. 200.
20. **Jacquinot.** Contribution à l'étude et au traitement du rétrécissement vénérien du rectum. — Thèse de Paris 1890.
21. **Laporte.** Syphilis de la clavicule. — Thèse de Paris 1890.
22. **Amicis** T. de. Un caso de sifilide tardiva con enorme tumore gommosa di tutta la regione costale sinistra. — Il Morgagni, avril 1890.
23. **Michajlow** N. A. Ein Fall von multipler Arthritis gummosa. — Wratsch 1890, 19, pag. 432—433 (russisch).

Veslin und Feulard (1). Die vorliegenden Berichte schliessen sich an die Nivet's (1886), Morel-Lavallée's (1887) an, und umfassen die an Fournier's Klinik in den Jahren 1888 und 1889 beobachteten extragenitalen Syphilisinfectionen. Beachtenswerth ist der Fall eines Säuglings, der von seiner Tante einen Lidschanker acquirirt, und nachdem Plaques im Munde aufgetreten, seine Mutter mit einem Schanker der Brustwarze inficirt, 2 Fälle von Impfschankern an den Oberarmen, ein Fall von Digitalschanker bei einem Arzte, der der Entbindung einer syphilitischen Frau assistirte.

Finger.

Poray-Koschitz (2) bespricht in seiner sehr sorgfältig abgefassten Monographie die verschiedenen Arten der extragenitalen syphilitischen Infection, und gibt eine eingehende Schilderung der Symptomatologie und differentiellen Diagnostik der extragenitalen Primärsklerose. Er hat theils aus der Literatur, theils aus der eigenen Spital- und Privatpraxis 852 Fälle extragenitaler Primäraffecte zusammengestellt, und zwar mit dem Sitze: am Kopfe (632 Fälle), am Rumpfe (141), an den Extremitäten (68) und am Halse (11). Unter den eigenen 48 Fällen von extragenitalen Primärsklerosen, welche ihm innerhalb letzter 20 Jahre zur Beobachtung kamen, berichtet

er sehr ausführlich über 29 Fälle. Hievon waren 9 an den Mundlippen, 7 an den Brustdrüsen, 4 im Rachen, 3 an der Zunge, 2 an den Fingern und je 1 Fall am Rumpfe, Oberarm und an dem harten Gaumen localisirt. Verfasser meint, dass die Syphilis bei extragenitaler Localisation der Primärsklerosen einen schwereren Verlauf nehme. Die von Poray-Koschitz im Anhang des Werkes beigefügten Literaturangaben beschränken sich leider nur auf die Jahre 1881—89 und sind auch von neueren Autoren manche unberücksichtigt gelassen. Szadek.

Nach Rasumow's (3) Schilderung tritt der Primäraffect des Mutterhalses in zwei verschiedenen Formen auf: Als erosive und als ulceröse, tiefe Form mit scharfgeschnittenen Rändern des Geschwüres. Bezüglich der Diagnose sagt der Verfasser, dass die Differentialdiagnose der syphilitischen Primäraffecte der Portio vaginalis nicht so schwierig sei, wie dies von den meisten Autoren und besonders von den Gynäkologen geäussert worden. Die Diagnose wird klargestellt durch die Anwesenheit der indolenten, harten und unbeweglichen Lymphdrüse der inguinalen Gegend. Die weichen Geschwüre des Mutterhalses könnten in den meisten Fällen übersehen werden, weil sie schmerzlos sind, und durch keine Symptome sich manifestiren; dazu kommt ein sehr seltenes Vorkommen der inguinalen Bubonen im Verlaufe der weichen Geschwüre der Portio vaginalis. Verfasser, der die einschlägige Literatur mit grossem Fleisse und Vollständigkeit zusammengestellt hat, konnte in seiner 6jährigen Praxis im Ganzen 171 Fälle von Schanker der Portio vaginalis, sämmtliche Fälle in Mjasnitzky'schen Krankenhause, beobachten. Im Anhang bringt Rasumow die ausführliche Krankheitsgeschichte von 2 Fällen von weichem Geschwür und 1 Fall von syphilitischer Primärsklerose der Portio vaginalis. Szadek.

Alle Primäraffecte der Urethra, welche Lane (4) zu beobachten Gelegenheit hatte, sassen, soferne sie nicht im Meatus externus entstanden waren, in der Fossa navicularis. Die Differentialdiagnose war oft schwer, da man sie mit Ulcera mollia und Gonorrhöe verwechseln konnte. Erstere sitzen nach Lane selten in der Urethra und können durch Inoculation auf den Kranken diagnosticirt werden; zu beachten ist gleichfalls, dass das Ulcus molle ein destructiver Process ist; der harte Schanker eine kleinzellige Infiltration, die selten zu einem Gewebsverlust führt. Von Gonorrhöe kann ein Urethralschanker durch die Induration der Inguinaldrüsen und den dorsalen Lymphstrang des Penis unterschieden werden, durch die Natur des Ausflusses und durch acute und localisirte Schmerzhaftigkeit beim Uriniren. Gelegentlich wurde durch acute Schwellung der Harnröhre Urinverhaltung bewirkt. Lane stellte einen Mann mit Urethralschanker und Plaques muqueuses auf der rechten Tonsille vor. In der Discussion fragt der Präsident Mackenzie, ob Lane je einen Urethralschanker bei einem Weibe gesehen habe, was dieser verneint. D'Arcy Power fragt, welche Form der Quecksilberdarreichung Lane bei primärer Syphilis wählt. Lane wählt Hydrargyrum tannicum mit Opiumzusatz bei primärer Lues, und hat dabei schnelle Involution der Erscheinungen, niemals digestive Störungen gesehen. Ledermann.

Galliard (5) beobachtete eine 24jährige Frau, welche unter den Erscheinungen eines typhösen Fiebers das Hospital aufsuchte. Dieselbe hatte Frühtemperaturen von 38°, Abendtemperaturen von 39°, es bestanden sehr heftige Kopfschmerzen; die Zunge war belegt, eigentlich gastrische Störungen fehlten. Bei eingehender Besichtigung zeigte sich ein papulöses Exanthem an Hals und Brust; es bestand leichtes Defluvium capillitii und eine specifische Ulceration an der Portio. Dieselbe sass nicht am Orificium,

sondern excentrisch mehr an der rechten convexen Seite der Portio; das Cervicalsecret war rein schleimig, während sich aus der Vagina dicker fötider Eiter entleert; ebenso war die Ulceration mit dickem, rahmigem Eiter bedeckt. Unter specifischer Allgemeinbehandlung und ebensolcher localer (Irrigationen mit Sublimat, Tampon mit Unguent. neapolit.) heilte der Primäraffect schnell ab; die Secretion hörte auf. Galewsky.

Marfan (6) theilt die Beobachtung eines syphilitischen von Consecutivis gefolgten Initialaffectes an der Nasenscheidewand der rechten Nasenhöhle mit, der den gewöhnlichen Typus des Initialaffectes darbot. Die Drüsen der rechten Submaxillar- und Parotidengegend waren vorwiegend geschwellt. Finger.

Ehrmann (7) beobachtete vier Fälle von Tonsillarschankern mit consecutiven Syphilissymptomen, deren zwei in extenso mitgetheilt werden; alle durch Infection gesunder, weiblicher Individuen von hereditär-syphilitischen Kindern durch Füttern dieser in der Art entstanden, dass der bereits in den Kindesmund eingebrachte Löffel, nun von der Pflegerin mit einem neuen Bissen der Nahrung, behufs Prüfung der Temperatur tief in den geöffneten Mund eingeführt wurde, wobei dann Berührung der Spitze des Löffels mit weichem Gaumen oder den Tonsillen stattfand. Finger.

Taylor (9) berichtet über einen Kranken, der 15 Monate nach der Infection von einem sehr ausgebreiteten tubero-ulcero-serpiginösen Syphilid befallen wurde, das an der Stirne durch chronische Entzündung und Reizung der Talgdrüsen den Anblick einer papillomatösen Geschwulst darbot. Diesen als „Syphilis vegetans“ bezeichneten Tumor vergleicht Taylor mit der Dermatitis tuberosa, wie sie beim Jodkaligebrauch zuweilen erscheint. Der zweite Fall betrifft einen Neger, der ein mikro-papulöses Syphilid neben Iritis darbot. Iritis ist nach Taylor's Erfahrung eine häufige Begleiterscheinung dieser Eruptionsform. Taylor weist dann darauf hin, dass sich bei syphilitischen Negern meist colossale Drüsenschwellungen ausbilden, wie es auch bei seinem Patienten der Fall war. Ledermann.

Allen (10) stellte einen 20jährigen Kranken vor, der neben reichlichen Quaddeln eine syphilitische Roseola zeigte. Das starke Jucken, die charakteristischen Urticaria-Eruptionen sicherten die Diagnose nach der einen Richtung, die Anamnese und das Zurückbleiben des maculösen Exanthems nach dem Verschwinden der Quaddeln liessen an der Diagnose Lues keinen Zweifel. Ledermann.

Unter 448 Fälle von secundärer Syphilis beobachtete Majew (11) 28mal das Pigmentsyphilid, über dessen Wesen bekanntlich verschiedene Ansichten herrschen, indem Einige eine primäre Pigmentanhäufung annehmen; Andere halten dagegen die weissen Flecke für primäre und die periphere Pigmentvermehrung für secundäre Manifestation dieser Hautaffection. Verfasser konnte in einer Reihe der Fälle constatiren, dass das Pigmentsyphilid $2^1/_2$—5 Monate nach Erscheinen der primären Geschwüre, und zwar zuerst an der Halsgegend auftrat; meistens bleiben die Pigmentflecken hier stationär, in wenigen Fällen verbreitet sich aber der Process auf andere Körpergegenden. Weder mercurielle Behandlung, noch das Jodkali bringt Nutzen. Die von Majew ausgeführte histologische Untersuchung weist hin auf Verdickung der Malpighi'schen Schicht an denjenigen Stellen, wo die Haut dunkel pigmentirt ist; ausserdem ist in der ganzen Dicke derselben Schicht die Pigmentkörnchen-Anhäufung zwischen und in den

Zellen vorhanden. Die Gefässwände zeigen eine Verdickung als Folge von Rundzellenwucherung und Entwickelung junger Bindegewebsfasern. In der umgebenden Papillarschicht, sowie in der Adventitia, sind zahlreiche pigmentirte, körnige Zellen zerstreut. An den Stellen, wo die weissen Flecke an die pigmentirten grenzen, constatirte er eine bedeutende Verdünnung der Epidermis. Im Centrum der hellen Flecke ist diese Epidermisverdünnung so hochgradig, dass die epidermoidale Schicht nur aus 1—2 Reihen Zellen besteht, und lassen sich die Kerne nicht mehr färben. Die Gefässe sind fast leer und im Centrum der weissen Flecke nicht sichtbar. Auf Grund dieser Befunde kommt Majew zum Schluss, dass es sich beim Pigmentsyphilid um eine specifische chronische Entzündung handelt; die Folge davon ist Circulationsstörung und Einlagerung des freien Pigments in die Gefässwände und Zellen des Stratum Malpighii; dann folgt die Obliteration der Gefässe und Resorption des Pigmentes. Schliesslich entstehen die bekannten weissen Flecke (Leukoderma). Szadek.

Benoist (12) führt den diagnostischen Werth der frühzeitigen syphilitischen Halsaffection, auf welche Dieulafoy besonderen Werth legt, als zweifellos und häufig an. Das „zinnoberrothe Erythem" des Rachens erscheint meist gleichzeitig mit der Roseola oder gleich darauf, fast niemals später als 2 Monate nach dem Beginn der Lues und gibt mit Recht zum Vergleich mit ähnlichen Anginen acuter fieberhafter Krankheiten Anlass. Die intensive Röthe und die scharfe Begrenzung charakterisiren jedoch genau das „luetische Erythem des Gaumens"; die Gaumensegel und das Zäpfchen zeigen an der Basis „wie mit einem Pinselstrich" die genaue Abgrenzung von der normalen Schleimhaut. Bedeutende Schmerzen und Schlingbeschwerden, Uebergang auf den Larynx, eventuell Ausbreitung auf die Bronchien, Tuben etc. findet öfters statt. Auch hat die ergriffene Partie zeitweise granulirtes Aussehen und nach der Mitte des Gaumens sind einzelne kleine, rothe Knöpfchen zerstreut. Loewenhardt.

Salzmann (13) demonstrirt zwei Fälle der Klinik Fuchs mit symmetrisch aufgetretenen exulcerirten Gummen an den Lidern. Die Defecte durchsetzen die ganze Dicke des Lides, die Geschwürsränder sind scharf und steil, der Grund mit grauspeckigem Belege bedeckt. Die Symmetrie des Auftretens ist besonders bemerkenswerth. Finger.

Fournier (14) bespricht Diagnose, Prognose und Therapie der Gummen des Gaumens. Eine interessante klinische Studie, die nichts Neues bringt. Finger.

Lane (15) zeigte in der Clinical Society of London einen Fall von Syphilis, dessen Merkwürdigkeit in einem fast completen Abschluss der Nasen- und Mundhöhle bestand. Nach einer diffusen Infiltration des weichen Gaumens und der hinteren Rachenwand, welche zerfiel, waren Gaumen- und Rachenschleimhaut vollkommen mit einander verlöthet worden; an der Grenze zwischen hartem und weichem Gaumen allein bestand eine feine Communicationsöffnung. Carter hat einen ähnlichen Fall bei einem Cornetspieler beobachtet, der merkwürdigerweise seinen Beruf gleichwohl erfüllte.

In dem Fall von fast totaler Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand, welchen Lane (16) berichtet, war bis auf ein kleines Loch am Uebergange des harten und weichen Gaumens ein völliger Abschluss der Mundhöhle gegen die Nasenhöhle in Folge luetischer Narbenbildung bewirkt. Der Verlust des Geruchs und „Geschmacks" rechtfertigt bei solchen Patienten operative Eingriffe. Loewenhardt.

Fox (17) zeigte in der Medical Society of London ein 14jähriges Mädchen mit perforirtem und an die hintere Rachenwand angelöthetem, weichem Gaumen und mit einer diffusen gummösen Infiltration der Rachenwand in der Höhe der total zerstörten Epiglottis. Das Mädchen litt an inspiratorischer Dyspnöe mit heftigen Hustenanfällen und an starkem Stridor, Symptomen, die auf Jodgebrauch sich schnell besserten. Die gummöse Infiltration hatte vor 3 Jahren begonnen; das Innere des Kehlkopfes war gesund geblieben.

Nach Billoir (18) ist der Lieblingssitz der luetischen Vaginalerkrankung der Scheideneingang, namentlich die Gegend der Carunculae myrtiformes und die Ampulle der Vagina. Ihrer Form nach unterscheidet er 5 Arten von Syphiliden: 1. Syphilide erosive, charakterisirt durch kleine, oberflächliche, flache Erosionen, von rother Farbe, oft bedeckt mit seröser oder purulenter gelblicher Flüssigkeit; sie stellen einfache Epithelabschürfungen vor, heilen schnell, oft spontan. 2. Syphilides papulo-erosives. Von runder, kreisförmiger Gestalt, erhaben, secernirend, linsen- bis francstückgross; verschwinden schnell unter specifischer Local- und Allgemeinbehandlung. 3. Plaques muqueuses en rhagade. Seltene Form, zuerst von Balzer beschrieben; sie ähneln den in der Analregion öfter auftretenden. 4. Syphilides diphthéritiques. Ebenfalls sehr seltene Form, von Balzer beobachtet, auftretend als rundlicher, grösserer Plaque, bedeckt mit einer diphtheritischen, weissen Haut, welche sich mit der Pincette abziehen lässt. Bei dem Abziehen leichte Blutung. 5. Syphilide ulcéreuse. Verfasser beobachtete einen derartigen Fall im vierten Jahre nach der Infection. Die Ulceration sass in den Falten der Vagina, in der Mitte, nicht in der Ampulle. Sie war ungefähr francstückgross, mit indurirten leicht erhabenen Rändern, der Grund war röthlich. Die Therapie dieser Localerkrankungen zerfällt naturgemäss in locale und allgemeine. Galewsky.

Cochez (19) hat innerhalb weniger Monate zwei Fälle von ulcerösen Syphiliden der Genitalien beobachtet. Der erste Kranke ist ein Tuberculoser, der Lues zu einer Zeit acquirirte, wo seine Spitzenaffection merkliche Besserung zeigte. 5½ Monat nach dem Auftreten der Primäraffecte zeigen sich zugleich mit einer Steigerung der Lungenerscheinungen an den Stellen der ursprünglich 4 harten Schanker 4 Ulcerationen, die unter Jodkali-Mercurbehandlung bald vernarbten. Ein sexueller Verkehr hatte inzwischen nicht stattgefunden. In dem zweiten Fall — es handelt sich um einen 22jährigen Mann — entstanden 10 Monate nach dem Auftreten des Primäraffectes ulceröse Syphilide am Penis. Die Diagnose wurde von verschiedenen Aerzten zuerst auf Ulcus molle gestellt, wofür auch ein gleichzeitig entstandener vereiternder Bubo inguinalis zu sprechen schien. Die von Cochez gestellte Diagnose auf syphilitische Ulceration fand jedoch durch dem prompten Erfolg des Jodkalis bald Bestätigung. Ledermann.

Jacquinot (20) gibt am Schlusse seiner Arbeit folgendes Resumé: Die venerische Strictur ist gewöhnlich luetischen Ursprunges, von kreisartiger oder Segmentform, sie bildet einen Conus mit der Basis nach unten. Sie steigt von unten nach aufwärts und ergreift gewöhnlich den unteren Theil des Rectum, häufig sieht man sie auch in den oberen Partien des Digestionstractus. Sie ist von Ulcerationen begleitet, namentlich von Vegetationen der Schleimhaut unter der Form von proliferirender Rectitis. Die Therapie besteht in Dilatation, eventuell Rectotomie; in seltenen Fällen ist sogar die Colotomie nöthig. Galewsky.

Laporte (21) kommt am Ende seiner Arbeit zu folgendem Schlusse: „Beide Claviculae, namentlich aber die linke, sind in Folge ihrer oberfläch-

lichen Lagerung häufigen Traumen ausgesetzt und erkranken deshalb häufig an Syphilis. Die luetische Erkrankung derselben zerfällt in 2 Gruppen: Die erste derselben, sei es, dass sie im Verlaufe einer acquirirten oder hereditären Lues auftritt, bietet das Krankheitsbild einer Exostose, eines Gumma, der Nekrose. Die andere Gruppe tritt auf unter dem Bilde symptomatischer Fracturen, und unterscheidet sich von den traumatischen oder musculären Clavicularfracturen durch specifische Zeichen, als deren wesentlichstes die Integrität des Periostes sich erwiesen hat. Die Prognose der luetischen Knochenerkrankung ist natürlich günstig, sobald der luetische Charakter derselben erkannt ist, was namentlich in den zuletzt erwähnten Fällen oft nicht erfolgt." Der Arbeit sind die Krankengeschichten von 24 bisher beobachteten Fällen beigegeben. Galewsky.

Amicis (22). Beschreibung eines Falles, in welchem 35 Jahre nach der Infection ein enormes Gumma an der linken Thoraxhälfte auftrat. (Längen- 21, Breitendurchmesser 23, Dicke 10 Ctm.) Der Tumor bestand aus einer Reihe von Knoten von verschiedener Consistenz, welche auf Druck nicht empfindlich waren, im unteren Theile des Tumors bestand eine kleine Ulceration gummösen Charakters. Der Tumor war im Verlaufe von 9 Monaten entstanden. Zu gleicher Zeit bestand linksseitige Kniegelenksentzündung, Gumma der Stirnregion, Augenmuskel-Paralyse. Unter specifischer Therapie Heilung in 2½ Monat. Galewsky.

Viscerale Syphilis.

1. **Osler.** Case of syphiloma of the cord of the cauda equina. Death from diffuse central Myelitis. — Journ. of Nerv. and Ment. dis. 1889, pag. 499.
2. **Rubino.** Posthemiplegische Hemichorea in Folge syphilitischer Hirnhautentzündung. — Internat. klin. Rundschau 1890, 15.
3. **Thompson** C. M. Sudden paraplegia from syphilitic disease. — South Indian and Madras branch of the brit. med. association, 6. December. The Brit. Med. Journ., 14. Juni 1890.
4. **Runeberg.** Un cas de Parésie de l'oesophage symptomatique d'une syphilis des centres nerveux. — Finche Läkänshop Handling T. 31. fasc. 6 und Gaz. méd. de Paris 1890, pag. 260.
5. **Chantemesse** et **Vidal.** Pleurésie dans le stade roséolique de la syphilis. — La France méd. 1890, Nr. 17.
6. **Raymond.** Syphilis des voies respiratoires et du foie. — La France méd. 1890, pag. 302.
7. **Foxwell.** Syphilis of lung. — Midland Med. Society. Lancet, 10. Juni 1890.
8. **Biondi.** Sifilide del fegato con pleurite essudativa a destra. — Bollet. delle Clin. Novembre 1889.
9. **Galezowski.** Des affections syphilitiques de l'oeil et de leur traitement. — Société d'ophthalm. de Paris, März 1890.
10. **Gairdner** and **Coats.** Urgent paroxysmal dyspnoea suggestive of pressure or constriction of airpassages, diagnosis as to seat and cause of obstruction remaining obscure to the last-death probably from septicaemia, with lobular condensations of lung-syphilitic lesions of trachea and bronchi, and in liver, discovered after death-remarks. — Glasgow pathol. and clin. society, 10. Februar 1890. The Glasgow med. Journ., Juni 1890.

Bei dem 42jährigen Patienten Osler's (1), welcher 1 Jahr vor seinem Tode mit myelitischen Erscheinungen erkrankt war, fand sich ein Gumma im

Vorderstrange des Halsmarkes und ein zweites, die vorderen Wurzeln des 3.—5. und die hinteren des 2. und 3. Sacralnerven umschliessend; ferner centrale Myelitis, Degeneration im linken Hinterstrang. Atrophie der Ischiadici.
Jadassohn.

Rubino (2) schildert den Fall eines 9jährigen Mädchens, das mit 11 Monaten von seiner Amme inficirt, bald darauf an Bewusstlosigkeit, Fieber, Contracturen der rechten oberen und unteren Extremität erkrankte. Die acuten Erscheinungen schwanden rasch, die Contracturen lösten sich auf antiluetische Therapie, doch blieben choreatische, ataktische Bewegungen der rechten Extremitäten zurück. Hautempfindung normal, Reflexe rechts erhöht. Nach Ausschluss des tuberculösen Hydrocephalus erklärt Rubino die Hemichorea für die Folge acuter syphilitischer Meningitis. Finger.

Der von Thompson (3) berichtete Fall von Paraplegie in Folge syphilitischer Rückenmarkserkrankung ist bemerkenswerth durch den plötzlichen Beginn und die schnelle Entwickelung der Symptome. Der Patient, ein Polizist, der in vollem Wohlbefinden sich zum Dienst begeben hatte, wurde bewusstlos auf der Strasse gefunden und um Mitternacht ins Hospital gebracht. Am folgenden Morgen war er taumelig, konnte jedoch soweit erweckt werden, dass er einige Fragen beantwortete. Der aufgenommene Status war folgender: Die Pupillen reactionslos, die Athmung ausschliesslich diaphragmatisch. Anästhesie vom oberen Rande der 4. Rippe nach unten und vollständige Paralyse der linksseitigen Extremitäten; der Penis halbseitig erigirt, die Blase dilatirt. Beide Arme nur mit grosser Schwierigkeit zu bewegen. Das Gefühl an den oberen Theilen des Thorax und an beiden oberen Extremitäten unverändert. Die Respiration oberflächlich und mühsam; 28 Athemzüge in der Minute; der Puls voll und stark, 80 Schläge pro Minute. Von dem 6. Halswirbel bis zum 8. Brustwirbel herab auf tiefen Druck Schmerzhaftigkeit. An dem Penis eine Narbe von einem alten Schanker herrührend; beiderseits Inguinaldrüsen vergrössert. Der Patient war ein ausserordentlich gut entwickelter, musculöser Mann. Die Temperatur war 100° Fahrenheit. Unter raschem Kräfteverfall starb er 9 Tage nach seiner Erkrankung. Bei der $2\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Tode gemachten Autopsie wurde nichts Abnormes im Gehirn ausser einer Adhärenz der Pia an der Oberfläche beider Hemisphären entdeckt. Entsprechend dem fünften Cervicalnerven wurde eine weiche Stelle im Rückenmarke gefühlt, die sich über $4\frac{1}{2}$ Zoll weit nach unten ausdehnte. Eine ähnliche Stelle wurde in der Regio lumbalis entdeckt. Die Dura war nirgends besonders adhärent. Beim Zerschneiden des Rückenmarkes wurde in der Regio cervicalis entsprechend dem weichen Bezirk eine die ganze Dicke der Corda spinalis durchsetzende, mit einem dicken Fluidum erfüllte Höhle gefunden. Eine gleiche Höhle correspondirte mit der erweichten Stelle im Lendenmark. Im Uebrigen boten die nervösen Elemente des Rückenmarkes keine Abweichung von der Norm dar.
Ledermann.

Runeberg's (4) Beobachtung betrifft einen Mann, welcher 4 Jahre nach der Infection von einer linksseitigen Hemiplegie betroffen wurde. Die Paralyse verschwand allmälig. Ausser unbedeutenden Kopfschmerzen erfreute sich Patient vollständiger Gesundheit. Später wurde der Kranke plötzlich von Schwindel, Erbrechen und vollständiger Dysphagie befallen, er konnte weder flüssige noch feste Speise zu sich nehmen. Unter dem Einfluss einer geeigneten specifischen Therapie besserten sich letztere Erscheinungen allmälig.
Galewsky.

Chantemesse und Vidal (5) heben das Auftreten von pleuritischen Erkrankungen während des Anfanges der Secundärperiode hervor.

Verfasser berichten über 2 Fälle von derartigen Pleuritiden, welche gleichzeitig mit starken Secundär-Erscheinungen auftraten, und welche mit diesen unter mercurieller Behandlung abheilten. Ebenso hatte Dupouchel und Bordeaux Gelegenheit, im Anfangsstadium der constitutionellen Syphilis Endocarditiden und Pericarditiden zu beobachten, welche gleichfalls zum grossen Theile unter Mercurgebrauch abheilten. Galewsky.

Raymond (6). Ein Fall von tertiärer Lues; der Kranke hatte sich im Jahre 1872 inficirt und sich, mit Ausnahme einer zweimonatlichen Behandlung, nie einer Cur unterzogen. Die Autopsie ergab Pleuritis und Bronchopneumonie, Gummata der Leber, Periostose der Tibia, Verdickung des Schädeldaches; im Gehirne befanden sich mehrere miliare Aneurysmen. Galewsky.

Foxwell (7) zeigte in der Midland Medical Society eine im Oberlappen gleichmässig fibrös entartete linke Lunge. Gefässe und Bronchien waren stark verdickt, und die Spitze nahmen einige frische Eiterherde ein. Auch die Pleura war stark verdickt und fast knorpelhart. Der Mensch, von dem die Lunge stammte, ein Mann, der seit 9 Monaten über Husten und Auswurf geklagt, hatte einen Tumor im linken 2. Intercostalraum, der incidirt worden war; weiter unten kam es zu ähnlichen Processen. Der Kranke war an Erschöpfung gestorben. Die Bacillenuntersuchung des Sputums war negativ verblieben. Foxwell glaubt am ehesten, dass eine Syphilis der Lunge vorliege.

Biondi (8) berichtet über folgenden von ihm beobachteten Fall: Der Kranke, welcher vor 5 Jahren an Genitalgeschwüren gelitten hatte, klagte seit zwei Jahren über nächtliche Schmerzen in den unteren Extremitäten und über ein Gefühl von Schwere im rechten Hypochondrium; dazu gesellte sich in der letzten Zeit Husten und Angstgefühl. Patient war in der Ernährung sehr herabgekommen, hatte eine fahle Gesichtsfarbe, trockene Haut. Durch die Bauchdecken liess sich eine unter dem rechten Rippenbogen hervorragende, bis zum Nabel reichende, nahezu kindskopfgrosse, mässig resistente, bei Druck schmerzhafte Geschwulst palpiren, welche eine höckerige Oberfläche hatte und sich mit den Athembewegungen hob und senkte. Die Dämpfung der Geschwulst ging in die Leberdämpfung über. Die physikalische Untersuchung ergab überdies eine rechtsseitige exsudative Pleuritis. Periostale Auflagerungen an den Schienbeinen und multiple indolente Drüsenschwellungen vervollständigten das Bild. Biondi stellte die Diagnose auf Lebersyphilis und zwar sowohl auf Lebergummen als auch auf diffuse interstitielle Hepatitis. Das Fehlen von Icterus und Ascites glaubt er durch die Annahme erklären zu können, dass die Gummen ihren Sitz nicht am Hilus, sondern an der Peripherie der Leber hatten. Dornig.

Galezowski (9) hebt den wohlthätigen Einfluss, den Quecksilberpräparate und Jodkali bei der Behandlung syphilitischer Affectionen des Auges und seiner Adnexe (Orbita, Thränendrüse) haben, hervor. In der Debatte bemerkt Goretzki, dass gewisse Läsionen, die auf Jodkali heilen, nicht nothwendig syphilitischer Natur seien. Stein.

Der Titel des Vortrages von Gairdner und Coats (10) enthält alle wesentlichen Daten der Krankengeschichte. Es kann daher auf die Wiedergabe derselben verzichtet werden. Wichtig ist die Bemerkung Gairdner's, dass von syphilitischen Ulcerationen herstammende Narben in den Luftwegen zuweilen durch ihre consecutiven klinischen Erscheinungen Aneurysmen vortäuschen können. Er gibt daher den — durch einige Kranken-

geschichten gestützten — Rath, in solchen zweifelhaften Fällen Jodkali zu versuchen. Ledermann.

Hereditäre Syphilis.

1. **Leloir.** Etiologie et pathogénie générales de la syphilis héréditaire. — Journ. des connaiss. médec. 1889.
2. **Merz.** Exception à la loi de Baumès, dite loi de Colles. Bullet. med. de l'Algérie. 1889. November.
3. **Pollak.** Einige Bemerkungen über die Syphilis der Kinder. — Wiener med. Wochenschr. 1890. 22 u. ff.
4. **Krykus** Hélène. Mortalité des enfants hérédo-syphilitiques. — Thèse de Paris. 1890.

Leloir (1) bespricht den Einfluss paterner und mütterlicher Syphilis auf den Fötus und theilt einen die Wirkung der Therapie gut illustrirenden Fall mit. Der Vater — ohne Behandlung — im Stadium secundärer Syphilis. Vor der Infection des Vaters ein gesundes Kind, die der Infection folgenden zwei Graviditäten enden die erste mit Abortus, letztere mit Geburt eines reifen syphilitischen Kindes, das seine Amme inficirt. Energische Behandlung des Vaters, das nächste Kind gesund. Finger.

Merz (2). Ein Mann von 34 Jahren, vor 5 Jahren inficirt, der mehrfache secundäre Recidiven darbot, heiratet ein gesundes Mädchen und zeigt 2 Monate nach der Hochzeit noch eine Recidive von Plaques. 6—8 Monate später wird seine Frau gravid und wird zur normalen Zeit von einem gesund scheinenden kräftigen Knaben entbunden, den sie selbst nährt, der aber 14 Tage nach der Geburt Plaques an den Lippen, Zunge etc. zeigt. Mutter und Kind werden einem Traitement mixte unterworfen, die Erscheinungen beim Kinde heilen in 10 Tagen, doch die Mutter zeigt eine Sklerose an der linken Brust mit consecutiver Syphilis. Finger.

Pollak (3) weist auf die schon vielfach betonte Fraglichkeit der Existenz einer Syphilis hereditaria tarda und auf die noch zu wenig betonte Häufigkeit frühzeitig, in den ersten Lebensmonaten, acquirirter Syphilis hin. Er betont, dass in den meisten Fällen einer Syphilis hereditaria tarda die Anamnese ungenau, insbesondere die Thatsache der Syphilis der Eltern meist nicht nachzuweisen sei, führt dann die vielen Momente frühzeitiger Infection an, unter denen er der Impfung einen wichtigen Platz einräumt. Finger.

Krykus (4) führt an der Hand des Materials aus dem Hôpital St. Louis statistisch aus, wie gewaltig der Einfluss der Lues auf Aborte und Sterblichkeit der Kinder ist. Das Verhältniss der Aborte und Frühgeburten am genannten Krankenhaus ist 119 auf 500 Schwangerschaften, also 24%, und 38% für das Hôpital de Lourcine. Von den syphilitischen Kindern starben 48% wenn der Vater allein inficirt war (17 auf 35 Fälle) und 78% bei Lues beider Eltern (97 auf 440). Das Alter der Infection der Eltern schwächt den Einfluss der Syphilis ab, so, dass bei inveterirten Fällen nur 40% Kindersterblichkeit herauskommt. Die hereditär-luetischen Kinder sterben im Allgemeinen in den ersten Monaten des Lebens. Auch in späteren Jahren geht noch eine Anzahl an cerebraler Lues zu Grunde. Die kleine Anzahl eigener Beobachtungen erlaubt dem Verfasser nicht, die Krankheit für einige beobachtete Missbildungen an hereditär-luetischen Kindern verantwortlich zu machen. Loewenhardt.

Behandlung der Syphilis.

1. **Andronico.** La cura delle malattia veneree e sifilitiche. — Messina 1889. (Ref. Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle 1890, Nr. 1.)
2. **Crivelli.** On a critical review of results after excising hard chancres. (Internat. med. Congress of Austral-Asia.) The London Med. Record, 20. Mai 1890.
3. **Jaja** Florenzo. Sulla cura abortiva della sifilide. — Gazz. med. delle Puglie. Maggio 1890.
4. **Bender** Max. Ueber Syphilistherapie. Monatsh. f. prakt. Derm., Bd. X., Nr. 11.
5. **Kronfeld** und **Stein.** Die Ausscheidung des Quecksilbers bei cutaner, subcutaner und interner Verabreichung. Wiener med. Wochenschr. 1890, S. 25 u. ff.
6. **Horovitz.** Die Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner und intramusculärer Injectionen von Quecksilberpräparaten. Centralbl. f. d. ges. Ther. IV. 1890.
7. **Gold.** Behandlung der Syphilis mit Injectionen unlöslicher Hg-Präparate. Sitzungsber. d. med. Ges. zu Odessa, 14. April 1890 (russisch).
8. **Bowen** John T. Report on progress in dermatology. Treatment of syphilis by subcutaneous injections of mercury. Boston Med. and Surg. Journ., 22. Mai 1890.
9. **Nicolich.** La settima divisione sifilitico-chirurgica dello Spedale Civico di Trieste. — Trieste 1889.
10. **Macland.** Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections intramusculaires d'oxyde jaune. — Thèse de Bordeaux 1890.
11. **Schadeck.** Ueber Behandlung der Syphilis mit intramusculären Injectionen von Quecksilbersalicylat. — Wiener klin. Wochenschr. 1890, Nr. 13.
12. **Schadeck.** Zur Behandlung der Syphilis mit intramusculären Injectionen von Hydrargyrum thymolo-aceticum. — Wiener med. Wochenschr. 1890, Nr. 22.
13. **Löwenthal** Hugo. Intramusculäre Einspritzungen von Hydrargyrum thymolo-aceticum bei Syphilis. — Deutsche med. Wochenschr. 1890, Nr. 25.
14. **Cochery.** Traitement de la Syphilis par les Injections souscutanées de benzoate de mercure. — Thèse de Paris 1890.
15. **Kirmisson.** Action antiseptique et antisyphilitique de l'oxycyanure de mercure. — La semaine méd. 1890, Nr. 19.
16. **Chibret.** Oxycyanure de mercure. (Gaz. des hôpit. 1890, Nr. 50.)
17. **Issakow.** Ambulatorische Behandlung der Spätsyphilis mittelst subcutaner Sublimatinjectionen. — Medizina 1890, Nr. 19 (russ.).
18. **Frank Woodbury.** On the employment of cataphoric action of the galvanic current for the removal of syphilitic new growths. A contribution to the medical treatment of tumors. Med. News, 21. Juni 1890.
19. **Ehrmann.** Bemerkungen über die Behandlung der Syphilis mit Sublimatbädern. — Centralbl. f. Ther. 1889, pag. 257.
20. **Gärtner** und **Ehrmann.** Le bain électrique au Sublimé: expériences sur un nouveau traitement mercuriel. — La semaine méd. 1889, pag. 438.
21. **Lustgarten** Sigmund. On the use of hot baths and hot springs in the treatment of syphilis. — The Times and Register, New-York and Philadelphia, 22. Februar 1890.
22. **Taylor** R. W. The hot springs of Arkansas and the treatment of syphilis. — Med. Rec., 26. April 1890.

23. **Keyes** E. L. The hot springs of Arkansas. Have the any special effect in modifying the syphilitic poison curing the disease, or, at least, shortening its duration? Some fallacies concerning Syphilis. Detroit 1890. — Boston Med. and Surg. Journ., 22. Mai 1890.
24. **Lanz.** Zur Pathogenese der mercuriellen Stomatitis und Salivation (Vorläufige Mittheilung). — Sitzungsber. d. Ges. d. Aerzte zu Moskau. 22. Mai 1889 (russisch).
25. **Ehrmann** Dr. S. Die Mercurialstomatitis und ihre Behandlung. Centralbl. f. d. ges. Ther. Februar 1890.
26. **v. Hoffmann.** Sublimatvergiftung nach Aetzung von Condylomen mit Solutio Plenkii. — Wiener klin. Wochenschr. 1890, Nr. 16.
27. **Kaposi.** Ueber Aetzung der breiten Condylome mittelst Solutio Plenkii. Wiener klin. Wochenschr. 1890, Nr. 19.
28. **Cramer** Hermann. Ein Fall schwerer Dysenterie nach intramusculären Calomelinjectionen. — Deutsche med. Wochenschr. 1890, Nr. 14.
29. **Rendu.** Hysteria and mercurial poisoning. — Gaz. des hôpit., March 1889, Nr. 12. — The Journ. of cut. and ven. diseases 1889, S. 312.
30. **Guelpa.** Manifestation d'hydrargyrisme simulant une éruption de variole. Journ. des mal. cut. et syph. 1889, S. 39.
31. **Schuster.** Aristol bei der Behandlung der naso-pharyngealen Syphilose, nebst einigen Bemerkungen über Aristol. — Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. X, Nr. 6.

Andronico (1) vertritt die Ansicht, dass, nachdem für jede (?) venerische und syphilitische Form ein specifischer Parasit als Krankheitserreger nachgewiesen worden sei, die rationellste Cur immer eine antiparasitäre werde sein müssen. Er bemerkt, dass das Sublimat ein ausgezeichnetes Antiblennorrhoicum sei, welchem er die günstigsten Heilerfolge zu verdanken habe, dass ferner durch die antiseptische Behandlung der venerischen Helkose der Verlauf abgekürzt und die Entwickelung von Drüsenabscessen zumeist verhindert werde; der Phagedänismus der Bubonen, welcher in früherer Zeit zahlreiche Opfer forderte, komme unter Anwendung der Antisepsis nicht mehr vor. Nachdem Andronico noch hervorhebt, dass bei der Syphilis das Quecksilber das Antisepticum par excellence sei, schliesst er damit, dass das Sublimat bezüglich seiner parasiticiden Wirkung gegenüber den Mikroben der venerischen und syphilitischen Krankheiten von keinem anderen Mittel übertroffen werde. Dornig.

Crivelli (2) weist an der Hand des vorliegenden literarischen Materials auf die unzulänglichen Erfolge bei der Excision harter Schanker hin und betont die Fehlerquellen, die bei der Beobachtung solcher Fälle mitspielen und ihre Beurtheilung erschweren. Ledermann.

Jaja (3) wendet zur Zerstörung der syphilitischen Initialsklerose Aetzsublimat an; zeigt der Primäraffect eine Laesio continui, dann genügt eine einfache Aspersion mit Sublimatpulver in der Menge von 0·02—0·05, während bei intacter Haut vor der Application des Pulvers ein paar Incisionen durch die Sklerose geführt werden müssen. Nach der Aetzung stellt sich ein intensives, mitunter nahezu unerträgliches Brennen ein, welches nach wenigen Stunden nachlässt. Bald entwickelt sich in der Umgebung der Aetzstelle eine entzündliche Induration, die nach 2—3 Tagen schwindet. Ungefähr am sechsten Tage fällt der Schorf ab und lässt einen tiefen Substanzverlust zurück, der in 20—30 Tagen verheilt; an der Narbe beobachtet man noch durch längere Zeit eine gewisse Härte, die an die Hunter'sche Induration erinnert. Die Ausführbarkeit der beschriebenen

Abortivcur der Syphilis hängt selbstverständlich von der Localisation des Primäraffectes ab. Wie Jaja meint, sprechen für die Zweckmässigkeit seines Abortivverfahrens folgende Argumente: 1. Das Quecksilberbichlorid zeichnet sich vor allen Metallchloriden durch seine intensive ätzende Wirkung aus. 2. Die durch dasselbe gesetzte Cauterisation ist eine sehr tiefgreifende. 3. Das Sublimat verwandelt sich, mit Eiweisssubstanzen zusammengebracht, in Quecksilberalbuminat, in welcher chemischen Verbindung, wie angenommen wird, das Quecksilber auch bei hypodermatischer Anwendung in das Blut aufgenommen wird. Dieselbe Quantität Sublimat, welche zur Zerstörung des localen Krankheitsherdes diente, wird, so argumentirt Jaja weiter, indem sie sich in das leicht resorbirbare Albuminat umwandelt, von den nächstgelegenen Lymphgefässen aufgenommen, wodurch die Möglichkeit gegeben ist, dass das von den Lymphgefässen etwa schon aufgesogene Virus zerstört werde. Jaja behält sich vor, in einer späteren Arbeit über die Erfolge seiner Abortivcur zu berichten. Dornig.

Bender (4) hat bei 48 Patienten 245 Injectionen mit Hydrargyr. salicyl. ausgeführt, ohne irgend welche unangenehmen Nebenwirkungen zu beobachten. Er verwirft Neisser's Vorschlag, subcutan zu injiciren, weil durch die so applicirten Einspritzungen die Patienten mehr belästigt werden als bei intramusculärer Einverleibung. Er wartet nach Einstechen der Nadel einen Augenblick und sieht, ob Blut austritt. Ist solches nicht der Fall, also eine Vene nicht angestochen, so wird injicirt. Statt einwöchentlicher Injection von 0·1 Hydr. salicyl. empfiehlt Verfasser die Modification aus der Doutrelepont'schen Klinik, dieses Quantum auf zwei Injectionen zu vertheilen. Im Uebrigen bietet die Abhandlung nur Bekanntes. Sternthal.

Kronfeld und Stein (5) haben systematische Untersuchungen der Hg-Ausscheidung bei verschiedener Applicationsweise desselben angestellt. Nachdem sie stets Urin und Fäces untersuchten, in keinem Falle bedeutendere Salivation eintrat, konnten sie so fast die ganze Menge des ausgeschiedenen Hg bestimmen. Sie gelangen zu folgenden Schlüssen: Die Ausscheidung des Hg geschieht bei allen Arten der Verabreichung nicht schubweise, sondern gleichmässig und läuft der Verabreichung im Allgemeinen parallel. Die Grösse dieser auf gleiche Zeiträume fallenden Ausscheidungsmengen ist abhängig von der Grösse der zugeführten Hg-Mengen; sie wird durch eine Steigerung dieser ebenfalls gesteigert. Die Ausscheidung durch den Darm steht der durch die Nieren nicht nach, ja in einigen Fällen fand sich mehr Hg in den Fäces als im Urin. Bezüglich der Resorption und Ausscheidung des cutan und subcutan einverleibten Hg besteht keine auffallende Differenz. Von dem subcutan verabreichten Hg wurde während der Behandlungsdauer circa $^1/_{10}$ der eingeführten Menge in Harn und Fäces nachgewiesen. Es verbleibt also ein grosser Theil des Hg im Körper deponirt. Bei cutaner Application (Bäder, Einreibungen) ist die Menge des eingeführten, daher auch die Menge des im Organismus verbleibenden Hg nicht abzuschätzen. Die Gefahr einer Intoxication ist bei Verwendung gelöster Hg-Verbindungen grösser, als bei Verwendung des regulinischen Hg, das allmälig zur Resorption kommt. Finger.

Nach einer kritischen Besprechung der verschiedenen Methoden der Hg-Application, in welcher die Unzulänglichkeit der internen Medication und die Unzukömmlichkeiten der Schmiercur betont werden, geht Horovitz (6) ausführlicher auf die von ihm bevorzugte Art der subcutanen Therapie ein. Er beleuchtet in Kürze, und ohne Neues zu bringen, die vielbesprochenen Nachtheile der ungelösten Präparate, die er aber keineswegs

vollständig verwirft; er selbst macht meist Injectionen gelöster Präparate (Sublimat, Formamidat., Bicyanat.) und zwar jeden zweiten Tag eine Einspritzung, so dass er in 47—59 Tagen eine Cur von 24—30 Injectionen abschliesst; er glaubt, durch diese etwas langsamere Darreichung Salivation, Darmerscheinungen, sowie locale Störungen hintanzuhalten, und den Effect der Cur nachhaltiger zu machen. Jadassohn.

Gold (7) hat die unlöslichen Hg-Präparate bei der Behandlung der secundären Syphilis in subcutane Anwendung gezogen und berichtet über die damit erreichten therapeutischen Erfolge Folgendes: es wurden im städtischen Krankenhause in Odessa 382 Kranke mit 1609 Injectionen behandelt und kein einziges Mal ward Abscessbildung beobachtet, Infiltrate kamen sehr selten vor. Nur bei 4 Kranken konnte man Gingivitis beobachten. Die Injectionen unlöslicher Hg-Präparate sind wenig schmerzhaft und rufen weder allgemeine noch örtliche Intoxicationserscheinungen hervor. Verfasser empfiehlt das Quecksilbersalicylat als bestes Hg-Präparat für hypodermatische Anwendung bei der Syphilisbehandlung. Szadek.

Nach einer Uebersicht älterer und neuerer Mittheilungen über die Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner Quecksilbereinspritzungen kommt Bowen (8) zu dem Schluss, dass diese Methode, die zu so vielen Hoffnungen zu berechtigen schien, bisher keineswegs den Grad der Vervollkommnung erreicht hat, der zu ihrer Empfehlung nothwendig ist. Die Injectionen von Sublimat, sagt Bowen, verursachen zu viel Schmerzen und locale Reaction und müssen zu oft wiederholt werden, während die anderen löslichen Salze keine genügenden Heilresultate ergeben haben. Den Gebrauch der unlöslichen Salze, deren Wirksamkeit Bowen anerkennt, scheinen ihm die mit ihrer Anwendung verknüpften Gefahren — er bezieht sich dabei auf Kaposi's und Lesser's Fälle — zu verbieten. So lange nicht das Experiment und die Erfahrung zu unschädlicheren Modificationen der jetzigen therapeutischen Massnahmen führt, will Bowen diese Behandlungsmethode nur für exceptionelle Fälle reservirt wissen. Ledermann.

Nicolich (9) wendet in der Therapie der recenten Syphilis ausschliesslich intramusculäre Calomelinjectionen an. Während er bei dieser Behandlung in früheren Jahren unter 100 Fällen 5 mal Abscessbildung beobachtete, hatte er in letzter Zeit deren nur 3% zu verzeichnen. Auf Grund seiner reichen Erfahrungen muss er dem Ausspruche I. Neumann's, dass die Calomelinjectionen an Wirksamkeit der Inunctionscur nachstehen, entschieden widersprechen. Dornig.

Macland (10) empfiehlt in seiner These, ohne etwas wesentlich Neues zu bringen, die intramusculären Injectionen von Hg. oxydat. flavum. Er beobachtete fast 6000 Injectionen, ohne einen einzigen Abscess zu sehen; ihre Wirksamkeit auf die luetischen Erscheinungen war sehr bedeutend. Galewsky.

Schadeck (11) hat mit dem von Silva Araujo empfohlenen Hydrargyrum salicylicum eine Reihe von Fällen behandelt. Die 10% Emulsion hält er für zu stark, insbesondere mit Rücksicht auf die jüngst bekannt gewordenen Hg-Intoxicationen mit letalem Ausgange nach Injection unlöslicher Quecksilbersalze (Calomel, Oxyd, Ol. ciner.). Er verwendete daher nur 5·7% Emulsionen nach der Verschreibung: Rp. Hg. salicylic. 40—45. Muc. gummi arab. 0·5, Aq. 20·0. Die Injectionen werden (mit 0·05—0·075 Hg. salicylic.) intramusculär in die Glutaei applicirt. 40 Kranke erhielten in toto 360 Injectionen. Auch Schadeck kommt zum Schlusse, das Hg-Sali-

cylat habe vorzügliche therapeutische Wirkung im secundären Stadium der Lues, besonders bei milden Recidiven. Die Curdauer betrage bei durchschnittlich 8—12 Injectionen 20—40 Tage, die örtliche Reaction sei gering, insbesondere Abscesse nie zu beobachten. Finger.

Schadeck (12) hat in 18 Syphilisfällen 122 Injectionen von 7% Hg. thymolicum-Injectionen (Hg. thymolo-acetic. 1·5, Muc. g. arab. 0·5, Aq. destil. 20) je eine Pravaz'sche Spritze, intramusculär in die Glutaei vorgenommen und spricht sich ebensowohl über die Heilwirkung, als die Geringfügigkeit örtlicher Reaction lobend aus. Leichte Syphilide schwanden nach 6—8, schwerere, pustulöse Formen nach 8—10 Injectionen. Die locale Reaction bestand in Schmerz und mässigen Infiltraten, nie aber in Abscedirung. Finger.

Löwenthal (13) hat das Thymolquecksilberacetat zuerst nach der Vorschrift von Jadassohn und Zeising (cf. Vierteljahresschrift 1888, pag. 781), später, da es in dieser Form häufig anhaltende Schmerzen verursachte, nach folgender Formel injicirt: Hydr. thymol. acet. 1·0, Glycerin 10·0, Cocain muriat. 0·1. Diese Zusammensetzung beseitigte die Schmerzen, auch Infiltrate kamen dabei kaum vor. Behandelt wurden im Ganzen 60 Kranke, 50 Männer und 10 Frauen, mit zusammen 293 intramusculären Injectionen in die Glutäen. Verfasser injicirte — natürlich mit allen antiseptischen Cautelen — einmal in der Woche; im Durchschnitt erhielt jeder Patient 8, einzelne 10—12 Injectionen. Das Gesammturtheil des Verfassers lautet: „Das Hydrargyrum thymolo-aceticum, intramusculär injicirt, bringt die syphilitischen Erscheinungen schnell zum Schwinden; bei einer genügenden Anzahl von Injectionen (10 bis 12) treten Recidive nicht leicht auf; mit Cocain injicirt, verursacht er keinen wesentlichen Schmerz, keinen Abscess, selten eine stärkere Infiltration. Salivation ist fast ausgeschlossen, wenn nicht cariöse Zähne oder Cigarrenrauchen die Veranlassung dazu geben; ferner ist niemals Enteritis beobachtet worden. Mithin können wir auch das Thymolquecksilberacetat als eins der wirksamsten syphilitischen Mittel getrost empfehlen." Sternthal.

Cochery (14) empfiehlt die Injectionen von Hydrargyrum benzoatum in allen solchen Fällen, in welchen Injectionen von unlöslichen Salzen, Inunctionen oder innere Medication contraindicirt sind; das Quecksilber wird schnell resorbirt und sehr schnell ausgeschieden. Seine besonderen Vortheile gegenüber dem Sublimat und den anderen löslichen Injectionsmitteln sollen in der Schmerzlosigkeit der Injectionen, in dem Fehlen von localen und allgemeinen Complicationen etc. bestehen. Infiltrate sind sehr selten und verschwinden stets nach einigen Tagen. Die Injectionen selbst sollen subcutan erfolgen und zwar täglich 1½ Spritzen der von Stukowenkow empfohlenen Lösung von 0·30 Hg. benzoatum auf 40·0 Aq. dest. und 0·1 Chlornatrium. Für leichtere Fälle sollen 15—30 Injectionen, für schwerere 40—50 Injectionen genügen. Verfasser gesteht indess selbst zu, dass auch dieses Präparat nicht allen Anforderungen entspricht, welche an ein Injectionsmittel gestellt werden müssen. Galewsky.

Kirmisson (15) empfiehlt das „Oxycyanure de mercure" nicht blos zur Benutzung als Antisepticum (3% Lösung entspricht einer 2‰ Sublimatlösung), sondern auch zur antisyphilitischen Therapie, und zwar zu Einspritzungen in 1% Solution. 6—8 der wenig schmerzhaften, von unangenehmen Zwischenfällen freien Injectionen sollen einer energischen Schmiercur entsprechen. Jadassohn.

Nach Chibret (16) bietet das oxycyansaure Quecksilber ausserordentliche antiseptische Eigenschaften, es widersteht ausserdem der Einwirkung

des Lichtes und greift Instrumente nicht an; es reizt weniger wie Sublimat. Eine Lösung von 1 : 300 entspricht in antiseptischer Hinsicht einer Sublimatlösung von 1 : 1000·0. Chibret wendet gewöhnlich eine Lösung von 1 : 500 an. Zur antiluetischen Injectionsbehandlung verwendet er dasselbe in Lösung von 1 : 100. 6—8 derartige Injectionen entsprechen einer Inunctionscur. Er empfiehlt deshalb seine Syphilisbehandlung, zumal da er bei subcutaner Injection nie Abscesse beobachten konnte. Galewsky.

Der Kranke, über den Woodbury (18) berichtet, wurde ein und ein halbes Jahr nach der Infection von einem ausgedehnten tuberösen Syphilid des Gesichtes befallen, das sowohl auf externe Quecksilberpflaster-Behandlung als auch auf internen Jod- und Mercurgebrauch nur langsam reagirte. Woodbury beschloss daher die Anwendung der Kataphorese neben gleichzeitiger interner Darreichung von Jodkali und Sublimat. Er applicirte eine fünfprocentige Lösung von Lithium jodicum mittelst einer sehr kleinen Anode unter mässigem Druck auf die Geschwulst. Mehr als 2 bis 3 Milliampères wurden nicht vertragen. Die Besserung war ersichtlich, zuerst zwar langsam, aber doch deutlich seit der Application dieser Methode. Verfasser betont dabei mit Recht, dass es schwer sei, zu sagen, wieviel von dem Erfolg der internen Behandlung zuzuschreiben sei. Ledermann.

Ehrmann (19) bekämpft zuerst die Anwendung von Sublimatbädern gegen constitutionelle Syphilis, da man mit denselben nicht die nöthige Menge Hg in den Kreislauf einführen könne. Ihre Wirkung sei rein local, sie seien also anzuwenden bei Stellen mit sehr gelockerter oder fehlender Epidermis, also bei papulo-pustulösen Syphiliden, pustulösen und ulcerösen Formen, zerfallenden Gummata und nässenden Papeln. Da diese Formen gerade bei Individuen mit schlechtem Ernährungszustand, die also eine eingreifende Mercurialcur nicht vertragen, vorkommen, so wendet man die Bäder hier mit Vortheil an, bis eine energische Cur möglich erscheint. Am geeignetsten zeigen sich die Sublimatbäder bei rein pustulösen und ulcerösen Formen, die wegen ihrer anatomischen Beschaffenheit am besten die Sublimataufnahme ermöglichen und die fast ausschliesslich bei hochgradig herabgekommenen Individuen sich zeigen. Allgemeinerscheinungen können auch hier auftreten, wenn die Menge und Grösse der ulcerirten Stellen zu umfangreich ist. Bei den als Tubercula cutanea bekannten Hautgummen und bei rein gummösen Formen können die Bäder ebenfalls indicirt erscheinen, wobei die Resorption natürlich von der Zahl der epithellosen Stellen abhängt. An der Hand verschiedener Krankengeschichten erläutert Ehrmann diese Verhältnisse näher, um dann weiter die Technik der Sublimatbäder zu besprechen und zum Schluss auf die vortheilhafte Anwendung der Partialbäder überzugehen. So empfiehlt er bei manchen Genitalaffectionen die Sitzbäder, Hand und Fussbäder bei Fällen von Psoriasis palmaris und plantaris, sowie bei Onychia syphilitica. Hilgenstock.

Gärtner und Ehrmann (20). Die bisher gebrauchten elektrischen Bäder waren theils uni-, theils bipolare, je nachdem beide Elektroden in das Wasser tauchten oder nur eine, während die andere den Strom zu einem ausserhalb des Bades befindlichen Körpertheil, gewöhnlich der Hand oder dem Rücken führte. Beide Möglichkeiten bieten jedoch grosse Unzuträglichkeiten. In dem bipolaren Bade durchläuft der Strom, ehe er den Körper trifft, grosse Wassermengen, es geht also nur ein schwacher Strom durch den Körper. In dem monopolären Bade geht der Strom durch eine verhältnissmässig geringe Oberfläche, er besitzt in Folge dessen in den nicht vom Wasser bedeckten Körpertheilen eine grössere Stromdichte, als in den im Bade befindlichen;

wegen der Schmerzen, welche unter der kleinen Elektrode entstehen, sind nur verhältnissmässig schwache Ströme anwendbar. Diesen Uebelständen suchte Gärtner abzuhelfen, indem er ein Bad schuf, welches durch eine Scheidewand in ein oberes und unteres getrennt wird. Das Diaphragma ist nicht leitend und schliesst sich dem menschlichen Körper fast hermetisch an. Die Wände und der Boden der Wanne sind mit Elektroden ausgekleidet. (Kupfer- oder Zinkplatten), welche mit durchbohrten Holzplatten bedeckt sind. Diese eine Abtheilung des Bades steht mit dem positiven Pol, die andere mit dem negativen in Verbindung. Der Strom geht also, von der einen zur anderen Abtheilung fast ganz durch den menschlichen Körper, die Stromstärke kann jederzeit durch den Galvanometer gemessen werden. Gärtner und Ehrmann sehen die Vortheile dieses Bades in Folgendem: 1. Ist die Stromdichte gleichmässig in allen Theilen des Körpers, welche sich im Wasser befinden. 2. Man kann schwache und starke Ströme anwenden. 3. Man kann genau die Stromstärke messen, welche durch den Körper geht. Unter den Versuchen, welche die Verfasser machten, sind folgende erwähnenswerth: 1. Ein junger Mann wurde in das Bad gesetzt, dessen untere Abtheilung 4 Gr. Sublimat enthielt; Stromstärke 100 Milliampères; Dauer des Bades 15 Minuten. Es liess sich in den ersten 24 Stunden nach dem Bade bereits Hg im Urin nachweisen, am 4. Tage 0·007. 2. Zwei Männer von gleichem Alter und fast gleicher Constitution wurden jeder in ein elektrisches Bad von 15 Minuten Dauer und einer Stromstärke von 100 Milliampères gesetzt. Das Bad des einen enthielt 4 Gr. Sublimat in der unteren positiven Abtheilung; das Bad des andern nur Wasser. Bei ersterem liess sich im Urin der ersten 24 Stunden 3 Milligramm Hg nachweisen. bei dem andern liess sich keines nachweisen. 3. Den dritten Versuch machte Gärtner an sich selbst. Er nahm ein Bad mit 6 Gr. Sublimat (100 Milliampères, 20 Minuten Dauer). Schon gegen Ende des Bades bemerkte Gärtner eine leichte Vermehrung des Speichelflusses und metallischen Geschmack im Munde etc., Symptome, welche noch längere Zeit andauerten. Die Analyse ergab am 4. Tage im Urin 0·013 Hg, nachdem sich schon in den ersten 20 Stunden deutlich hatte Hg nachweisen lassen. Am 8. Tage liess sich kein Hg mehr constatiren. Gärtner und Ehrmann empfehlen deshalb diese neue Methode auf das Eindringlichste, sie sehen die Vortheile derselben in folgenden Punkten: 1. Die Einverleibung des Hg geschieht durch die Haut wie bei der Injections- und Inunctions-Methode, mit Vermeidung des Darmtractus. 2. Die Absorption des Hg findet fast auf der ganzen Hautoberfläche statt, es ist also möglich, dass das Hg eine locale Einwirkung auf die Haut ausübt. 3. Die Menge des Hg ist proportional der Dauer und Stärke des Stromes, eine genaue Berechnung ist also möglich. 4. Die Methode ist ungefährlich und schmerzlos. Galewsky.

Lustgarten (21) ist überzeugt, dass es keine Quellen gibt, welche irgendwie specifische, therapeutische Einflüsse auf die Syphilis haben. Ihre Wirksamkeit ist eine allgemeine gemäss den Gesetzen der Physiologie und Pathologie. Die heissen Bäder haben einen doppelten Effect, einen allgemeinen und localen. 1. Sie vermehren die Urinausscheidung und damit die Elimination der Stoffwechselproducte, unter diesen der Leukomaine. Douchen, Dampfbäder, Schwitzcuren und Massage vermehren diese Wirkung. Desgleichen werden mineralische Gifte wie Hg, Blei, Arsen besser eliminirt. 2. Die localen Effecte sind: Mechanische Entfernung der Epidermis, Anregung der Hautcirculation, Stimulirung des Nervensystems. Indem die Bäder die Circulation der Haut reger machen, erleichtern sie die Absorption des Hg. Lustgarten bespricht nun kurz die natürlichen Thermen, wie sie bei Lues angewendet werden. Sie sind empfehlenswerth: 1. In allen Fällen, in denen

ein Luftwechsel angezeigt ist, wie bei katarrhalischen Affectionen des Respirationssystems, Anämie oder Hg-Cachexie. 2. In Fällen nervöser Prostration, die durch syphilitische Affectionen oder ihre Folgen herbeigeführt sind. Hier sind die indifferenten Thermen am Platze. 3. Bei jenen glücklicherweise seltenen Fällen, in denen trotz aller zweckmässigen Behandlung immerfort Recidive eintreten, ferner bei den noch selteneren Fällen maligner Syphilis, sodann bei hartnäckigen Affectionen der Drüsen und Knochen und endlich bei Syphilis des Nervensystems und Hg-Kachexie. Hier sind Schwefel- und Salzquellen besonders geeignet. Sternthal.

Taylor (22) unterzieht den grossen Ruf, welchen die heissen Quellen von Arkansas in Amerika im Publicum geniessen, einer eingehenden Untersuchung, und spricht die Hoffnung aus, dass mit der rationellen Behandlung und dem eingehenden Studium der Aerzte der Procentsatz derjenigen, welche zu den Thermalbädern und der Behandlung des Arztes entfliehen, immer geringer werde. Jetzt sind diese indifferenten Bäder noch das „Mekka der Syphilitischen", für deren Pilgerfahrt vor Allem die Trägheit und Lässigkeit in der Behandlung der Lues in erster Linie verantwortlich zu machen sind. Verfasser tritt mit Wärme für eine frühe und energische Behandlung der Syphilis ein; nur darf der Arzt seine Patienten nicht nach dem Schema behandeln, sondern müsse individualisiren. Geradezu die Hauptsache ist die Berücksichtigung des Allgemeinbefindens. Noch viel zu viel Werth wird der inneren Quecksilbermedication beigemessen. Bei einer sachgemässeren Ordination werden auch die zahlreichen Fälle von Intoleranz gegen Mercurpräparate schwinden. Für Letztere hat die Anwendung von Thermalquellen von Arkansas unbestreitbare Bedeutung. Der besondere Ruf dieser Bäder als Specificum ist also unbegründet. Der eventuelle Werth liegt in der Wirkung des heissen Wassers auf Anregung der Haut und, wie der jedes Bades, in der Veränderung der Lebensverhältnisse und Lebensweise des Patienten. Loewenhardt.

Keyes (23) spricht in einer neuen Publication den heissen Quellen von Arkansas jede specifische Wirkung auf den Verlauf und die Dauer der Lues ab. Neben der Einbildung, welche den dorthin reisenden Kranken Besserung hoffen lässt, liegt ein geringer Erfolg in der diuretischen Wirkung des heissen Wassers, wodurch die Receptionsfähigkeit des Organismus für Quecksilber und Jod erhöht wird, ohne dass es zu störenden Nebenwirkungen kommt. Ledermann.

Lanz (24) wiederholte die Mering'sche und modificirte die von Bockhardt ausgeführten experimentellen Untersuchungen, um den Einfluss des Speichels auf die Entstehung der Stomatitis mercurialis genau zu bestimmen, und kommt zu folgenden Schlüssen: Der acute Mercurialismus ruft bei Katzen sehr oft, und schon nach einigen Minuten eine Salivation hervor, welche unabhängig von der mercuriellen Stomatitis entstehe; die im Verlaufe von einer mercuriellen Cur auftretenden Mundgeschwüre und Gingivitis entstehen auch ganz unabhängig von der Einwirkung des Hg-haltigen Speichels, da die mercurielle Mundaffection ja sogar nach Entfernung der Speicheldrüsen beobachtet werden konnte. Szadek.

Ehrmann (25) empfiehlt zur Vermeidung der mercuriellen Stomatitis, deren Symptomatologie und Differentialdiagnose er ausführlich bespricht, vor Beginn der Quecksilbercur alle eine Stomatitis begünstigenden Läsionen der Mundschleimhaut und der Zähne zu behandeln. Während des Mercurgebrauches lässt er die Patienten 2mal täglich die Zähne mit Zahn-

seife putzen, dreistündlich den Mund mit einprocentiger Carbolsäure, zweiprocentiger Lösung von Kali chlor. etc. ausspülen und ausserdem 3mal täglich das Zahnfleisch, wo es geht, mit Pix liquida, sonst mit Tinct. Ratanh. und Tinct. Gallar. āā oder mit Tinct. Tormentillae und Tinct. Gallar. āā pinseln. Geschwüre werden einmal täglich mit Jodtinctur gepinselt, tiefere Substanzverluste jeden zweiten Tag mit dem Argentumstift touchirt.

Bruck.

Hoffmann (26) theilt einen äusserst interessanten Fall mit; es handelte sich um eine Patientin, der ausgebreitete Condylomata lata am Genitale und den Brüsten mit Solutio Plenkii verätzt worden waren. Es stellte sich Erbrechen, Diarrhöen, Collaps, Cylinder im Urin ein. 7 Tage nach der Verätzung Exitus letalis unter Collapserscheinungen. Die gerichtliche Section ergab ausgebreitete Gastroenteritis als Folge von Sublimatvergiftung. Nachdem alle anderen Momente ausgeschlossen werden konnten, liess sich die Vergiftung nur auf die Verätzung mit der Plenk'schen Solution und von hier ausgehende Resorption von Sublimat erklären. Eine Incorrectheit im Verfahren des Arztes, eine Anwendung übergrosser Mengen der Solution war ebenso auszuschliessen, doch die Menge des verbrauchten Sublimats nicht zu bestimmen. Hoffmann nimmt als die Vergiftung fördernde Momente die Anämie, schwächliche Constitution, kurz vorher stattgehabte Entbindung an. Hoffmann warnt also vor der bisher als ungefährlich angesehenen Anwendung der Solutio.

Finger.

Mit Bezug auf den von Hoffmann publicirten Fall theilt Kaposi (27) seine Erfahrungen über Aetzung breiter Condylome mit Solutio Plenkii mit. Er constatirt die bisher stets gefahrlose Anwendung derselben auch auf grosse Flächen in äusserst zahlreichen Fällen, und führt aus, dass eine Anätzung peripher von oder zwischen den Condylomen liegender Hautpartien oft nicht zu vermeiden ist, dass also auch in dem von Hoffmann mitgetheilten Falle Seitens des Arztes kein Kunstfehler vorliegt. Uebrigens gehe bei vielen Causticis die ätzende Wirkung peripher über die Applicationsstelle hinaus und erzeuge daselbst oberflächliche Dermatitis. An der intensiven Schmerzhaftigkeit der Aetzung habe nicht nur das Sublimat, sondern auch der Kampher seinen Antheil. Vergiftung, ja auch nur Salivation habe Kaposi nie beobachtet. Die Application auf nur circumscripte Stellen empfehle sich daher nunmehr nicht nur aus Humanitätsrücksichten, sondern mit Rücksicht auf eine Gefahr der Intoxication; übrigens sei die Solutio Plenkii, die durch gut klebendes Quecksilberpflaster vollauf ersetzt werde, überhaupt überflüssig.

Finger.

Eine 38jährige Frau hatte sich am Vordergliede des linken Zeigefingers mit Lues inficirt. Auf ein Bad des Fingers mit $^1/_2$procentigem Sublimat trat starke Salivation und leichte Albuminurie ein; im Harne war Hg nachweisbar. Da Cramer (28) somit eine Idiosynkrasie gegen Hg überhaupt annehmen zu sollen glaubte, verordnete er beim Auftreten der Roseola Jodkali (5·0 : 150·0 3mal täglich ein Esslöffel in Milch). Da aber auch dieses nicht vertragen wurde, auch nicht mit Natr. bicarbon., so versuchte es Verfasser mit Calomelöl nach Neisser's Vorschrift. Nach der 2. Injection (alle 8 Tage eine Injection à 0·12 Calomel) Rückgang der Roseola, nach der 5. Injection Heilung derselben wie des Fingers. Zwei Tage nach der 6. Injection heftigste Salivation und Stomatitis. Fieber bis 39·5 und am nächsten Tage fortwährender Stuhldrang mit Entleerung Anfangs wässeriger, später rein blutiger Stühle unter andauernden, äusserst heftigen Kolikschmerzen. Dabei bestand beträchtliche Albuminurie. Nachdem die Patientin schon sehr herabgekommen war, anämische Delirien und comatösen Zustand hatte, erholte

sie sich doch unter stimulirenden Mitteln und vorsichtig angewandten Schwefelbädern und genas völlig. Verfasser erklärt sich die Vergiftungserscheinungen nicht aus Idiosynkrasie gegen Hg überhaupt (diese bestand nur gegen Sublimat, bei dessen Anwendung sogleich Intoxicationserscheinungen auftraten). Da es sonst unverständlich wäre, weshalb die ersten fünf Injectionen so gut vertragen wurden, vielmehr nimmt er an, dass die Imprägnation des Körpers mit Hg allmälig ziemlich stark geworden sei. Verfasser empfiehlt, um Intoxicationen zu vermeiden, nach Rosenthal's Vorschlag, sofort nach der ersten Injection zu untersuchen, ob die Resorption und Ausscheidung des Hg regelmässig vor sich geht und nur alle 10—12 Tage zu injiciren, auch Jodkali gleichzeitig nicht zu verordnen, da es die Elimination des Hg vermindert. Sternthal.

Der Patient, über den Rendu (29) berichtet, ist ein wohlbekannter Hystericus, der von Charcot einmal wegen Hemiplegie mit completer sensorischer und sensitiver Anästhesie, ein anderes Mal wegen Paraplegie beider Unterextremitäten und allgemeiner Anästhesie behandelt worden war. Zu der gleichen Zeit litt er an den Folgen einer Quecksilbervergiftung, die bei Männern, wie bekannt, häufig zu dem Entstehen von Hysterie Anlass gibt. Bis zu seinem 27. Lebensjahre war er gesund; dann arbeitete er in einer Hutfabrik und war hauptsächlich mit dem Präpariren von Kaninchenfellen beschäftigt, wobei Quecksilbernitrat gebraucht wird. Ein Jahr später zeigten sich die ersten Erscheinungen der Mercurvergiftung durch Tremor der Beine an. Nach dreimonatlicher Behandlung kehrte er zur Arbeit zurück, bekam aber zwei Monate später Salivation und seit dieser Zeit hat auch das Zittern der Beine nicht aufgehört. Zur Zeit der Vorstellung durch Rendu leidet der jetzt 38jährige Mann an motorischer Incoordination, die besonders durch Gliederzittern speciell in den Beinen markirt wird, so dass die leiseste Bewegung ihn in lebhafte Oscillationen versetzt. Bei Bettruhe cessiren die Bewegungen, treten jedoch bei dem leisesten Versuch zur Bewegung, auch in liegender Stellung wieder auf. Flexion verursacht grösseren Spasmus als Extension. Das Zittern ist charakterisirt durch grosse Oscillationen im Gegensatze zu dem bei dem Alkoholismus. Der Muskeltonus ist erhöht und der leiseste Schlag übt eine ausgebreitete Reflexwirkung auf die Nachbarmuskeln; daneben bestehen Ataxie, sensitive Störungen, wie blitzartige Schmerzen in der Lumbargegend, irradiirend auf die Oberschenkel etc. Dieser Fall kann nicht als Tabes gedeutet werden, da die Sehnenreflexe erhöht sind. Die Besonderheiten dieses Falles sind, dass das Zittern in den Unterextremitäten begann, dass der Kopf nicht befallen ist, dass der Mann keine Einbusse an Kraft, wie es gewöhnlich bei Mercurialismus der Fall ist, erlitten hat. Ledermann.

Guelpa (30) beschreibt ein Mercurialexanthem, das sich bei einer Wöchnerin zehn Tage nach der Entbindung unter dem Gebrauch von Sublimat und grauer Salbe, zugleich mit dem Auftreten einer Stomatitis entwickelte. Es erschienen theils disseminirte oder confluirende Flecke von der Grösse einer Linse, dunkelblauroth und auf Druck verschwindend, theils leicht elevirte, papulöse Eruptionen. Da sich am Halse keine Flecken fanden, vielmehr die Extremitäten, insbesondere Fuss- und Handrücken und Vorderarme befallen waren, so glaubte Verfasser zumal mit Rücksicht auf das tief gesättigte Roth der Flecke zuerst an einen Ausbruch von Variola. Aber jeder Zweifel über die wahre Natur der Erscheinungen schwand, als Guelpa beim Entkleiden der Kranken von dem Thorax herab bis auf die Oberschenkel ein sehr dichtes Erythem bemerkte, das fast keine gesunde Haut frei liess und mit kleinen, punktförmigen Erhebungen, wie bei stark

confluirter Scarlatina übersät war. Diese Beobachtung, sowie das gänzliche Fehlen von Fieber liessen den Verfasser die Diagnose: Mercurialexanthem stellen. Zwei Tage nach dem Aussetzen aller quecksilberhaltigen Medicationen war das Erythem verschwunden. (Ein der Form nach dem von Guelpa beschriebenen Erythem ganz analoger Fall, der nach dem Gebrauch von grauer Salbe entstanden war und von dem beschriebenen sich nur durch das mehrere Tage andauernde hohe, remittirende Fieber unterschied, ist vor Kurzem auf der kgl. derm. Klinik zu Breslau beobachtet worden. Ref.) Ledermann.

Schuster (31) theilt einen Fall von ausgedehnter, nasopharyngealer Syphilis mit, bei welchem das Aristol eingeblasen wurde und eine auffallend rasche Heilung (allerdings in Combination mit allgemeiner Behandlung) bewirkte. Ausserdem empfiehlt Schuster eine zehnprocentige Aristolcollodiumlösung gegen Psoriasis. Sternthal.

III.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 30. April 1890.

Vorsitzender: Kaposi; Schriftführer: v. Zeissl.

1. Dr. v. Hebra stellt einen 4 Jahre alten Knaben vor, der seit 2 Wochen erkrankt sein soll. Der Fall bietet insoferne grosses Interesse, als er dazu geeignet ist, zu erweisen, ob die Pityriasis pilaris rubra von Devergie und der Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus, welche beide letztere Hebra für verschiedene Formen eines und desselben Krankheitsprocesses hält, identische oder verschiedene Krankheitsprocesse sind. Hebra ist entschieden der letzteren Anschauung. Als besonders charakteristisch für die Diagnose Pityriasis rubra pilaris in dem vorgestellten Falle bezeichnet Hebra die folgenden Erscheinungen: Die einzelnen knötchenförmigen Hautblüthen sind der Mehrzahl nach blass und sehr wenige, längere Zeit bestehende sind etwas, aber sehr mässig geröthet. Die Anordnung der Efflorescenzen entspricht den Haarfollikeln und sind die meisten derselben an der Streckseite der Extremitäten angeordnet. Während sich zahlreiche Knötchen mit mässiger Schuppenbildung an den seitlichen Theilen der Stirnhaut finden, ist die Mitte derselben, namentlich die Glabella von solchen frei. Am Nacken ist eine stärker und confluent afficirte Stelle der Haut und beträchtliches Abschuppen zu constatiren und könnte man hier beim ersten Anblick an Psoriasis vulgaris denken. Auch die Haut der Augenlider zeigt mässige Röthung und Schuppenbildung, die unteren Augenlider Neigung zur Ectropionirung. Die Hohlhände sind mit leicht rissiger, wenig gerötheter, spärlich schuppender Haut bedeckt. Die Nägel zeigen keine Veränderung, die Fusssohle ist gleichmässig rothbraun gefärbt, schwartig. An der behaarten Kopfhaut stehen, theils isolirt, mässig anhaftende, stecknadelkopfgrosse Schüppchen, theils sind diese zu einer continuirlichen, nicht abschilfernden Schuppenmenge vereinigt. Juckempfindungen bestehen bei dem Kranken kaum; auch das Allgemeinbefinden hat nicht gelitten. Jede einzelne Efflorescenz zeigt, dass man es mit einer Epidermidose zu thun habe. Bei Pityriasis pilaris rubra komme es gleich im Beginne zur Schuppenbildung. Beim Lichen ruber (Hebra) entwickeln sich die Knötchen aus der Cutis, die Entzündungserscheinungen treten in den Vordergrund, das Schuppen mache sich erst längere Zeit nach deren Entstehen und dem Bestehen der bei ihrer Entwickelung glatten und glänzenden Lichenknötchen geltend. Die Efflore-

scenzen der Pityriasis pilaris rubra lassen sich ohne Blutung ausschaben, während dies bei den Knötchen des Lichen ruber nicht gelinge.

Die Verwechslung der beiden Krankheiten sei nicht neuen Datums, denn Hebra erinnert sich der Abbildung eines vor etwa 20 Jahren an der Klinik behandelten und auch abgebildeten Falles, den sein Vater für Lichen ruber gehalten, der aber nach Hebra's jun. Anschauung ein Fall von Pityriasis rubra pilaris Devergie sei.

Prof. Kaposi lässt die Bilder vorzeigen und bestätigt Dr. Hebra, dass dies der von ihm gemeinte Fall sei.

Prof. Neumann diagnosticirt den vorgestellten Fall mit Bestimmtheit als Lichen ruber Hebra s. Lichen ruber acuminatus Kaposi und zwar aus folgenden Symptomen: Die Knötchenbildung, die aufgelagerten Schuppen, ihr perlmutterartiger Glanz, die Begrenzung der grossen, schuppenden Flächen durch Knötchenbildung sind für Lichen ruber acuminatus charakteristisch. Das Jucken gehört nicht zu den constanten Symptomen. Neumann hebt hervor, dass das Symptom, welches die Anhänger der Pityriasis pilaris rubra besonders betonen, dass die Knötchen nur aus Epidermis bestehen, auch bei Lichen ruber acuminatus zuweilen vorkommt. Das Primäre ist aber stets doch die Erkrankung des Papillarkörpers.

Neumann betont weiters, dass weder die Moulagen, die er im Museum des Hôpital St. Louis gesehen, noch die Discussion über die Frage am Pariser Congress ihn von der Existenz der Pityriasis rubra haben überzeugen können. Er hält an der Diagnose Lichen ruber Hebra nach wie vor fest.

Kaposi: Wenn man sich über den strittigen Gegenstand verständigen wolle, müsse man vor Allem das Discussionsobject einengen. Zunächst sei hierbei der Lichen ruber planus ganz ausser Frage zu lassen, weil es in Bezug auf seine Zugehörigkeit zum Lichen ruber auch Meinungsverschiedenheiten gebe. Was nun die Pityriasis rubra pilaris anbelangt, so dürfe man nicht vergessen, dass gewisse Eczemformen und acute Ichthyosisformen hier hineinspielen. Auf die Färbung der einzelnen Efflorescenzen, ob dieselben einmal blässer, einmal röther seien, könne man keinen grossen Werth legen. In dem vorgestellten Falle finden sich ebenfalls zahlreiche rothe Knötchen. Das Schuppen sei auch kein genügend differenzirendes Moment, weil ein und dieselbe Dermatonose bei verschiedenen Individuen verschieden starke Schuppenbildung hervorrufe. Das Fehlen des Juckens könne auch nicht als unterscheidendes Moment dienen, weil der Lichen ruber acuminatus und planus bei verschiedenen Menschen das eine Mal eine ungeheuere Juckempfindung, das andere Mal gar keine hervorrufen.

Was die Behauptung, dass bei Pityriasis pilaris rubra eine Epidermidose, bei Lichen ruber eine Papillarerkrankung vorliege, anbelangt, so stellt Kaposi in Abrede, dass ein solcher Unterschied klinisch überhaupt markirbar sei und erörtert, dass im Gegentheil bei der Psoriasis und bei anderen sogenannten Epidermidosen zunächst die Papillen und die Gefässe erkranken und es erst später zur Massenproduction der Epidermis komme.

Kaposi hebt besonders hervor, dass die histologischen Befunde verschieden gedeutet werden können. Kaposi hat in seinem in Paris gehaltenen Vortrage erklärt, dass er nach den Moulagen und Abbildungen, die er in Paris gesehen, dabei bleiben müsse, dass Pityriasis pilaris rubra und Lichen ruber (Hebra) nicht zu unterscheiden seien und er beide Processe für identisch ansehe, so lange Zeit, als er nicht einen Kranken gesehen habe, der ihn nicht eines anderen belehrt. Nun habe er heute den zweiten Kranken gesehen, der von den Anhängern der Lehre von der besonderen Art der Pityriasis pilaris rubra für die letztere ge-

halten wird und da muss er neuerdings kategorisch erklären, dass er jetzt erst recht beide Processe für identisch und den vorgestellten Fall für Lichen ruber Hebra halte. Die von Pityriasis pilaris rubra und Lichen ruber Hebra gegebenen Abbildungen und Schilderungen seien ganz einander deckend, es könne sich also nur darum handeln, ob man statt der von Hebra gewählten, fast 40 Jahre gebrauchten Bezeichnung eine andere einführen solle. Dagegen müsse er aber Einsprache erheben, weil Hebra's Verdienst die klinische Bedeutung dieses Processes klargelegt und gelehrt zu haben, nicht geschmälert werden dürfe.

Schiff sagt, dass gewisse Eczemformen der kindlichen Haut, welche mit starker Epidermisbildung einhergehen, ähnliche Erscheinungen darbieten können, wie sich solche an einzelnen kleineren Erkrankungsherden bei dem vorgestellten Kinde finden.

Dr. Lukasiewicz hat den Knaben den Tag vorher gesehen und zur Beurtheilung durch Prof. Kaposi bestimmt gehabt, um dessen Ansicht kennen zu lernen. Er selbst hat nie einen Fall von Lichen ruber acuminatus, hingegen in Paris die plastischen Darstellungen und einen dort als Pityriasis rubra pilaris diagnosticirten Fall gesehen, und auf Grundlage dieser Umstände den Fall als Pityriasis rubra pilaris der Franzosen erkannt.

Kaposi: Mit dem Gesagten hat Lukasiewicz das Richtige getroffen und damit auch einerseits die Identität des Processes dargethan, welchen Neumann und Kaposi als Lichen ruber Hebra bezeichnet haben. Wenn man die Beschreibung beider Parteien vergleicht, so stimmen dieselben vollkommen überein, nur über die Namen besteht ein Zwiespalt.

Hebra bleibt bei seiner früheren Ansicht. Um den Fall wissenschaftlich zu verwerthen und klarzulegen, einigt man sich dahin, den Knaben mit einer Resorcin-Salicylsalbe zu behandeln und innerlich keine Präparate zu verabfolgen.

2. Grünfeld demonstrirt einen 32 Jahre alten Mann mit einem gangränösen Gumma der Kopfhaut mit Zerstörung des Periostes. Der Substanzverlust hat einen Durchmesser von 10 Ctm. und ist zum Theil, namentlich am Rande, mit gangränösen Fetzen bedeckt. Der von Periost entblösste Theil des Knochens nimmt etwa die Hälfte der Geschwürsfläche ein. Hervorzuheben ist der rasche Verlauf in diesem Falle. Die Syphilis wurde im Jahre 1889 und zwar im März acquirirt. Der Kranke machte 140 Frictionen und schon im November 1889 entwickelte sich das Gumma. Ob die Frictionen zweckentsprechend ausgeführt wurden, lässt sich natürlich nicht angeben.

3. Kaposi zeigt zunächst Abbildungen eines Falles von Pemphigus vegetans, welche er vor Jahren beobachtete. Die Abbildungen stellen Hautaffectionen eines Kranken dar, der zwei Mal an der Klinik in Pflege stand. Zwischen der ersten und zweiten Pemphigus-Eruption lag ein Zeitraum von 8 Jahren. Im Beginne des Erkrankungsprocesses wurde derselbe für Syphilis gehalten. Die erkrankten Hautstellen waren mit Krusten bedeckt und bildeten sich randständig neue Bläschen. Es wurde centrale Heilung und peripheres Weiterschreiten des Krankheitsprocesses constatirt. An einzelnen der Epidermis beraubten Stellen kam es zur Entwickelung reichlicher papillärer Vegetationen. Der Kranke erlag bei der zweiten Eruption seinem Leiden. Neumann hat das Verdienst, diese Pemphigusform zuerst genauer beschrieben zu haben.

Kaposi stellt den gegenwärtig an seiner Klinik in Behandlung befindlichen Fall vor. Die Kranke ist eine 34 Jahre alte Witwe. Sie suchte

Kaposi im März 1890 auf und klagte damals über heftige Schmerzen im Munde, namentlich in der Zunge, welche das Bild einer sogenannten Fleischzunge darbot. Sie gab an, dass das Leiden im Munde mit Aphthen begonnen habe und dass auch zwei Mädchen ihrer Familie mit solchen behaftet waren, diese wurden aber bei guter Mundpflege bald von ihrem Leiden befreit, während der Zustand bei ihr fortdauerte. Sie dachte an eine Infection mit Syphilis. Diese konnte Kaposi damals mit Sicherheit ausschliessen. Nach einigen Wochen hatten sich an den Genitalien zwei knopfartige Efflorescenzen mit Epidermisabhebung gebildet, die einige Aehnlichkeit mit Papeln hatten. Es wurde versuchsweise Emplastrum hydrarg. aber ohne nennenswerthen Erfolg angewendet. Alsbald entwickelten sich einzelne Urticaria-Efflorescenzen und auf diesen Blasen, und zwar an den Genitalien und der allgemeinen Bedeckung der Unterbauchgegend, um den Nabel und an der Haut der Oberschenkel in deren oberen Drittel. Ebensolche Blasen entstanden an der Haut der Achselhöhle und an der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle. Alsbald entwickelte sich unter beträchtlicher Fieberexacerbation eine allgemeine Pemphiguseruption. Namentlich in beiden Achselhöhlen wurde die Blasendecke in grosser Ausdehnung weggeschwemmt und entwickelten sich dunkelbraune, himbeerähnliche, $\frac{1}{2}$ Ctm. über die Oberfläche emporragende, matsche, leicht blutende Wucherungen. In deren nächsten Nähe entwickelten sich disseminirte, grosse, prall gespannte mit klarem Serum gefüllte Blasen, wodurch die Wesenheit der Krankheit als Pemphigus noch mehr sicher gestellt ist, da in den Fällen, wo nur kleine Bläschen und sofort Papillarwucherung darunter erscheint, man lange über die Pemphigusnatur des Uebels im Zweifel sein kann und im Gegentheil der Irrthum Syphilis zu diagnosticiren sehr nahe gelegt werden kann. Die Frau liegt schwer darnieder und ist die Ernährung, abgesehen von der Appetitlosigkeit, noch ausserdem durch den Umstand, dass die Zungen-, Mund- und Rachenschleimhaut in weiter Ausdehnung ihrer Epidermis beraubt ist, erschwert. Die Prognose ist, wie in allen Fällen von Pemphigus vegetans eine sehr ungünstige.

Neumann theilt seine Erfahrungen über Pemphigus vegetans mit und zeigt mehrere Abbildungen eines von ihm beobachteten Falles.

Hebra weist darauf hin, dass Pemphigus vegetans keine eigene Form von Pemphigus sei, sondern dass Vegetationen auch bei verschiedenen malignen Arten von Pemphigus vorkommen, so dass man von Pemphigus vegetans als einer ganz speciellen Form nicht sprechen könne. Die Verwechslung mit Syphilis sei leicht in solchen Fällen, bei denen die Erkrankung um die Genitalien auftrete. Diesbezüglich erwähnt Hebra einen Fall der seinerzeit länger als Syphilis behandelt wurde, dann aber in einen sehr malignen Pemphigus ausartete, bei dem nicht nur die äussere Haut, sondern auch die Schleimhäute von Blasen bedeckt waren und sich nirgends Epithelregeneration zeigte, so dass die Patientin unter grossen Qualen dem letalen Ausgang verfiel. Hebra ist der Anschauung, dass man daran gehen müsse, verschiedene Pemphigusarten durch verschiedene Namen zu unterscheiden, indem es doch nicht angehe, die Fälle, welche immer günstig verlaufen und sich nur von Zeit zu Zeit wiederholen, mit den Fällen, welche endlich den Tod der Befallenen veranlassen, mit der gleichen Bezeichnung zu belegen und nur durch Epitheta zu differenziren. Bei genauer Sichtung aller Fälle, welche man heute unter der Bezeichnung Pemphigus zusammenfasse, werde man gewiss solche finden, welche sich als das erweisen werden, was von Duhring als Dermatitis herpetiformis bezeichnet wurde.

4. Kaposi stellt einen Fall von **Lupus vulgaris** vor, welcher in Bezug auf den Gedankengang bei Stellung der Diagnose verschiedene Anregungen gibt. An der Kranken findet sich die lupöse Affection, einen weiten Bogen beschreibend, in der Haut der rechten Achselhöhle. Deutliche Lupusknötchen sind momentan keine vorhanden. In Anbetracht dessen, dass man mehrere oberflächliche Narben in der Regio cervico-brachialis dextra findet, und die Kranke, welche jetzt 37 Jahre zählt, behauptet, ihr Uebel bestehe erst seit 2 Jahren, so könnten vielleicht die zarten Narben von einem Herpes zoster gangr. herrühren und dieser die Veranlassung gegeben haben, dass auf der Narbe, wie zuweilen Carcinome entstehen, hier Lupus entstand. Man könnte diesen Gedanken fassen, weil es selten vorkommt, dass sich ein so rasch vergrössernder Lupus erst in so hohem Alter der Kranken entwickelt. Narben an der behaarten Kopfhaut, welche nach Angabe der Kranken schon seit ihrer Kindheit bestehen, machen es wahrscheinlich, dass in früherer Zeit ein Lupus an dieser Stelle bestanden habe, und geheilt sei und der jetzt bestehende nur eine Recrudescenz des alten sei.

5. Kaposi zeigt eine 64 Jahre alte Frau mit **Xeroderma pigmentosum.** Es ist dies das älteste Individuum, welches Kaposi bisher mit diesem Leiden sah. Die Nase ist durch das Carcinom zerstört. Jetzt kam die Frau mit einem seit $1\frac{1}{2}$ Jahren bestehenden Epithelialcarcinom an der linken oberen Extremität und zwar über der Streckseite des Ellenbogens zur Aufnahme. An dieser Stelle hat Kaposi noch nie Carcinom bei Xeroderma gesehen.

6. Neumann stellte einen 29 Jahre alten Mann vor, der vom 12. September bis 9. October 1888 wegen eines papulo-maculösen Syphilid an seiner Klinik 27 Frictionen ausgeführt hatte und an dem jetzt ein **acutes Xanthom** besteht. Seit der damaligen Behandlung sind 19 Monate verflossen. Der Kranke zeigte bei seiner neuerlichen Aufnahme icterische Färbung der Conjunctiva, der Urin war röthlichbraun, die Leber ist vergrössert, von der sechsten Rippe bis zum Nabel reichend, die Milz bedeutend vergrössert. Mässiges Jucken. Seit 4 Wochen sind an der Haut, namentlich an der der unteren Theile der Brustwand und der oberen Bauchwand stecknadelkopfgrosse bis kleinerbsengrosse, mässig elevirte, auf der Oberfläche geröthete Knötchen. Diese fühlen sich derb an, die Röthe schwindet auf Fingerdruck und man erkennt dann deutlich mit einem Stich ins Gelbliche versehene, in das Hautgewebe eingelagerte und mit diesem bewegliche Geschwülstchen. Interessant ist: 1. die subacute Entwickelung, 2. die strohgelbe Farbe der Efflorescenzen, 3. der Zusammenhang mit dem leichten Icterus, 4. dass im Zeitraume von 3 Wochen die Knötchen theils kleiner wurden, theils schwanden.

Kaposi und Hebra theilen jeder je einen Fall von multiplem acuten Xanthom aus ihrer Erfahrung mit.

7. Neumann zeigt den in der Sitzung vom 2. April vorgestellten Mann, welcher an Erythema toxicum litt, seither aber geheilt ist, und demonstrirt ferner einen interessanten Fall von Syphilis in Combination mit Naevus spilus.

Sitzung vom 4. Mai 1890.

Vorsitzender Kaposi; Schriftführer Lukasiewicz.

1. Dr. v. Hebra stellt eine an **Lichen planus** leidende Frau vor. An beiden Vorderarmen sieht man mehrere kleinere rothe wachsglänzende Efflorescenzen von Hanfkorngrösse. Einzelne von den letzteren zeigen in der

Mitte eine Depression und dunkelbraune Pigmentirung, indem daselbst der Process trotz seiner kurzen Dauer in Rückbildung begriffen ist. Am linken Unterschenkel findet man thaler- und darübergrosse Plaques, welche theilweise noch die charakteristisch bläulichrothe Farbe, Infiltration und leichte Schuppung, theilweise dunkle pigmentirte in Rückbildung begriffene Centren zeigen.

2. Der zweite Fall Hebra's betraf einen an **Erythema multiforme (Herpes iris)** erkrankten Mann. Bei dem konnte die stark auf der Flachhand ausgebreitete Affection Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose mit Lues bieten. Der Vortragende hebt aber hervor die rasche Entwickelung und die grosse Zahl der Efflorescenzen, indem die Blasen auf der Flachhand in eine Gruppe aggregirt sind.

Prof. Kaposi stellt anschliessend einen jungen Burschen vor, der ebenfalls seit einigen Tagen an **Herpes iris und circinnatus** leidet, bei welchem aber bis haselnussgrosse Blasen und Bläschenkreise zu constatiren und die Streckseiten der Extremitäten, auch die Flachhände und Fusssohlen, sowie die Mundschleimhaut von charakteristischen Blasen besetzt sind.

3. Weiters demonstirt Dr. v. Hebra das von ihm in der vorigen Sitzung vorgestellte Kind mit **Pityriasis rubra pilaris** Devergie.

Ohne Application einer Therapie ist ein Theil der Erscheinungen zurückgegangen und zwar: auf der Stirn, Extremitäten und der Flachhand besonders. Dieser Umstand spricht, nach der Meinung des Vortragenden, für die Richtigkeit seiner Diagnose.

4. Dr. Ehrmann führt ein mehrmonatliches Kind mit **hereditärer Lues** vor. Der Vater des letzteren wurde im Jahre 1885 an der Klinik Neumann mit Lues behandelt; die Mutter abortirte zweimal. Die dritte Geburt ging zwar normal von Statten, das Kind zeigt aber schuppendes Syphilid der unteren Extremitäten und der Fusssohlen, das Wichtigste aber ist jedoch eine Abscedirung an der rechten oberen Extremität. Das durchgebrochene Infiltrat entspricht dem Bereiche der Supinatorengruppe und ist schmerzlos.

Dr. Ullmann hat einen ähnlichen Fall auf der Abtheilung Lang mit mehreren abscedirten Herden gesehen.

5. Dr. Hochsinger hält die abscedirende Entzündung nur für eine accidentelle, in Folge einer Infection und nicht in Folge von Lues entstanden. Er stellt weiter ein Kind vor, bei welchem er eine Präputialsklerose diagnosticirte. Im Findelhause geboren, wurde es nach Böhmen in die Kost gegeben, wo es vor circa drei Monaten eine Phimose acquirirte. Die letzte wurde durch die Dorsalincision vom Arzte behoben. Jetzt sieht man neben einer ödematösen Schwellung an der Operationsstelle missfärbig belegte Geschwüre und Drüsenschwellungen in der Seite. Sonst sind keine Erscheinungen von Lues zu constatiren.

Dr. Zeissl meint, dass in dem Falle weitere Beobachtung entscheiden wird, indem von seinem Vater das Auftreten der Lueserscheinungen spät nach Circumcision nachgewiesen wurde.

Dr. Schiff hält die Affection nicht für eine Sklerose und bittet die erfahreneren Herren ihre Meinung in dieser Beziehung zu äussern.

Prof. Kaposi ist auch der Meinung, es handle sich um keine Sklerose, hebt dagegen hervor, es seien an der afficirten Stelle mehrere Infiltrate nachzuweisen und das erinnere ihn an die Fälle der Tuberculose nach der Circumcision.

6. Prof. Kaposi stellt einen Fall von **„Pemphigus neuriticus“** vor: Serafine Götzinger, 22 Jahre alt, Wärterin, die angeblich aus gesunder Familie stammt und früher nie krank war, wurde Mitte Jänner 1890 auf die Klinik Prof. Kaposi's aufgenommen. Damals gab sie an vor 4 Wochen mit

einem rostigen Bettnagel sich den Nagelfalz des rechten Mittelfingers verletzt zu haben. Mehrere Tage später, nachdem sie die blutende Stelle mit Jodoformgaze verbunden hatte, entwickelte sich an der der lädirten Stelle nachbarlichen Partie (Dorsum der Endphalange) nach vorhergehendem leichten Fieber und brennendem Schmerze eine mit hellem Serum gefüllte haselnussgrosse Blase. In 2—3tägigen Intervallen entwickelten sich verschiedene grosse Blasen von ähnlicher Beschaffenheit längs des Dorsum: des ganzen Mittelfingers, der Hand, Vorder- und Oberarmes, weiter am Hals, Schulter, Wange, Axilla rechterseits, Brust, Vorderarme und Unterschenkel linkerseits. Vom 1. Februar bis 21. März traten keine neuen Nachschübe auf. An jenem Tage bildete sich angeblich nach einem Nadelstich ins Nagelbett des linken Zeigefingers an seinem Rücken eine bohnengrosse Blase. In 1—2tägigen Pausen Nachschübe über der Grundphalange, dem linken Vorderarme, am linken Unterschenkel. Vom 11. März bis 13. April keine Nachschübe; von dem letzten Tage Nachschübe an der linken Halsseite, Oberlippe, rechten Schläfe, linken Oberarm. Vom 23. April bis 4. Mai traten keine neuen Eruptionen auf; am letzten Tage Blase am rechten unteren Augenlide, nächsten Tag über dem rechten Sprunggelenke, ein paar Tage später über dem rechten Fussrücken, Sternum, Brüsten und Rücken, welche letzteren noch gegenwärtig sichtbar sind. Wenn man Anfangs an eine Infection mit Entzündung, ausgegangen von der Wunde, denken konnte so fehlten alle Symptome einer lymphangioitischen Entzündung und die Natur der primären Blaseneruption war über jeden Zweifel ausgeprägt. Der Vortragende fasst den Fall als eine Neuritis nach Verletzung auf, trotzdem der weitere Verlauf der Eruptionen nicht den lädirten Nerven entsprach. Von der peripheren Erregung ausgegangen übergriff der Process auf das Centralnervensystem resp. die vasomotorischen Centren. Die sonst bekannten Fälle wie der von Doutrelepont und andere dieser Art führten zur sogenannten spontanen Gangrän, geradeso, wie die sogenannte spontane Gangrän der Hysterischen.

Es lässt sich fast eine Analogie des vorgestellten Falles mit dem früher von Prof. Kaposi als Herpes zoster gangraenosus beschriebenen Leiden nicht ausschliessen, obgleich hier keine gruppirten Bläschen, sondern stets erythematöse bis flachhandgrosse Blasen sich erhoben.

Dr. Hebra ersucht um Vorstellung des Falles in der nächsten Sitzung. Er ist der Anschauung, dass bei den schweren letal verlaufenden Fällen von Pemphigus die Infection im Spiele sei und die Behandlung an derselben nicht selten Schuld trage. Für den Fall schlägt er die antiseptische Behandlung vor.

Dr. Lukasiewicz weist auf die Beschaffenheit des Inhaltes der Blasen bei dem vorgestellten Falle hin. Es ist nämlich keine Tendenz während ihres Bestandes zur eiterigen Trübung vorhanden; in den Deckgläschenpräparaten konnte er vom Blaseninhalte keine Mikroorganismen selbst bei mehrere Tage bestehenden Blasen nachweisen. Die mit ihrem Inhalt sowie mit dem Saft von tieferen Schichten der Blasenbasis ausgegossenen Agarplatten blieben immer steril. Die bisherige Behandlung bestand nur im Verbinden mit Jodoformgaze und Liquor Burowii unter antiseptischen Cautelen.

Dr. Ehrmann erwähnt einen ihm bekannten Fall, wo es in Folge eines cariösen Zahnes zur Blaseneruption im Bereiche des Trigeminusgebietes derselben Seite und später auf der anderen Seite gekommen ist. Selbe recidivirten und blieben einseitig bis zum Entfernen des Zahnes und traten erst später auf der anderen Seite auf.

Dr. Riehl bemerkt mit Rücksicht auf die Meinung Hebra's von der therapeutisch möglichen Infection und des dadurch bewirkten Todes

bei Pemphigus, dass sich in keinem der zahlreichen Sectionsfälle von Pemphigus, die im Laufe der Jahre an der hiesigen Klinik vorgekommen sind, Zeichen von Sepsis vorgefunden haben. Der vorgestellte Fall von Pemphigus neuriticus erinnert ihn an artificielle Blasenbildungen analog den von Lang beschriebenen.

Prof. Kaposi erwähnt mehrere solche Fälle; in dem vorgestellten, aber sprechen alle objectiven Erscheinungen: die Bildung von Blasen unter Vorausgehen von Schmerz, dann Röthung, welche unter den Augen der Aerzte sich entwickelten, die Observation und psychische Depression der Patientin gegen die Möglichkeit der Artefacta.

7. Weiter stellt Prof. Kaposi einen jungen Mann aus seiner Ordination mit **rudimentären Naevis angiomatoso-verrucosis striatis** vor. Selber zeigt auf beiden Händen besonders aber auf den Fingern hirsekorngrosse blaurothe, etwas über der Haut erhobene, unter dem Druck abblassende, jedoch nicht verschwindende Pünktchen, selbe sind in linearen Reihen geordnet. Auch auf den Zehen sieht man solche Gebilde, die grösser sind und eine warzige Beschaffenheit bieten. Es handelt sich um Naevi vasculosi pigmentosi et verrucosi (papillares). Als Behandlung ist die Elektrolyse angezeigt.

Dr. Schiff. Ehrmann und Hebra erwähnen Fälle von dieser Affection, die sie beobachtet haben.

8. Prof. Kaposi demonstrirt danach einen **merkwürdigen Fall von Acne,** die er als **teleangiectodes** bezeichnet. Der 48 Jahre alte Patient bekam angeblich 4 Wochen vor seinem Spitalseintritte, 2. März, im Bereiche der Stirne, der Wangen, an den unteren Augenlidern wie auch im Bereiche der behaarten Gesichtshaut zahlreiche, theils flache, theils erhabene, gruppirte oder zerstreute, schrotkorn- bis erbsengrosse, rothe, mässig succulent sich anfühlende Knötchen. Ein Theil der letzteren schuppt, ein anderer trägt Pusteln oder Krüstchen. Sie blassen unter dem Fingerdruck. Indem die Affection sich acut entwickelte. Patient der ein Metallpresser ist, der also nie bei seinem Berufe einer Noxe sich aussetzte, die erfahrungsgemäss artificielle Acne hervorzurufen pflegt, wie die Acne in Spinnereien, Maschinenölzerstäubungen u. s. w. ist die Ursache unverständlich. Alte Knötchen lassen sich sehr leicht mit dem scharfen Löffel excochleiren. Dabei konnte der Vortragende neben der Schlaffheit und Vascularisation eine förmliche Neubildung constatiren, wie auch die histologische Untersuchung des Dr. Lukasiewicz später ein Granulationsgewebe mit in Knötchen angeordneten Riesenzellen und epitheloiden Zellen ermittelte. Er findet die Form jedenfalls diagnostisch zu individualisiren und will sie Acne teleangiectodes nennen.

9. Ehrmann spricht über die von Herxheimer mit der Weigert'schen Fibrinmethode dargestellten **Fasern** in der Epidermis von spitzen Condylomen im Epithel der Zunge, bei Sarkom und in der normalen Haut, Vortragender hat sie in dem Präputium eines Negers gefärbt, welchen er wegen Phimose vor 3 Jahren circumcidirt hatte. Er fand, dass dieselben nicht pigmentirte Partien jener Zellfortsätze sind, in welchen das Pigment ähnlich wie die Körnchen in Protoplasma bei den Rhizopoden fliessen. Bekanntlich ist durch die Untersuchungen von Aeby, Riehl, Karg, Ehrmann, Köllicker u. A. nachgewiesen worden, dass das Pigment durch amöboide Zellen fortbewegt werde. Letzterer hat bei Transplantationen von Negerhaut auf weisse und umgekehrt gezeigt, dass das Pigment aus der transplantirten Negerhaut verschleppt wird und umgekehrt, dass in die auf Negerhaut transplantirte weisse Haut Pigment durch diese Zellen eingeschleppt, und auch in die Epidermis getragen wird, ähnlich wie es früher schon der Vortragende gelehrt. Ehrmann demonstrirt nun

solche Fasern, welche theils ganz violett gefärbt sind, theils nur in der oberen Hälfte, während sie unten Pigment enthalten und mit Pigmentzellen an der Basis zusammenhängen. Sehr viele von ihnen endigen mit einem Pigmentknöpfchen nach oben. Methodisch erwähnt der Vortragende, dass solche Präparate, welche zu lange in absolutem Alkohol gelegen hatten, zum Nachweis der Fasern in ihrer ganzen Länge weniger geeignet sind.

Sitzung vom 28. Mai 1890.

Vorsitzender: Kaposi; Schriftführer: v. Zeissl.

1. Grünfeld stellt einen Mann, der an **Lues** leidet, vor. Derselbe trägt nässende Papulae ad anum und zeigt gleichartige Efflorescenzen, welche sich an der unteren Fläche eines schwammartig auf der Rückenhaut, 5 Ctm. unterhalb des linken Angulus scapulae sitzenden Tumor cavernosus finden.

2. Hebra stellt den von ihm mit einer Resorcinsalbe behandelten Knaben vor, den er mit **Pityriasis pilaris rubra** behaftet erklärt hatte. Die Erscheinungen sind unter der rein örtlichen Behandlung zurückgegangen. Nur an den Handtellern und an den Fusssohlen besteht noch leichte Röthung mit Abschilferung der Epidermis.

Kaposi erklärt, dass er den Fall nach wie vor für Lichen ruber acuminatus halte. Der Fall war ein höchst acuter. Das Gros der Erscheinungen sei zurückgegangen, der Fall sei aber noch nicht abgelaufen, besonders am Nacken sei die Haut noch dick und gefurcht.

Lang sah das von Hebra vorgestellte Kind vor 3 Wochen. Er hält nach seinen Wahrnehmungen den Fall nicht für Lichen ruber Hebra; da die als Pityriasis pilaris rubra beschriebene Erkrankung namentlich die Talg- und Haarfollikel betreffe, es sich in dem vorliegenden und ähnlichen Fällen um Veränderung dieser und der epithelialen Gebilde handle, so würde er für solche Fälle den Namen Lichen follicularis vorschlagen.

Schiff: Vor 6 Wochen war in dem vorgestellten Falle die Diagnose sehr schwer zu stellen. Um die Meinungsdifferenz zu beseitigen, wurde die örtliche Behandlung der vorliegenden Krankheitserscheinung vorgeschlagen und beschlossen. Da sich auf diese der Process gebessert hat, so fragt Schiff, ob sich bei einer rein localen Behandlung auch Lichen ruber Hebra bessere.

Kaposi: Darüber kann kein Zweifel bestehen, dass Fälle, welche als Pityriasis pilaris rubra bezeichnet werden, und Lichen ruber acuminatus einander zum Verwechseln ähnlich sehen, sonst würde ja keine Meinungsverschiedenheit bestehen. Es ist jedoch möglich, dass sich unsere Kenntnisse über den Verlauf erweitern werden. Es ist ja nicht ausgeschlossen, dass manche Fälle mehr acut verlaufen können und sich dann eher zurückbilden. Bei exquisitem Lichen ruber acuminatus findet das thatsächlich in einzelnen Regionen, wo die Symptome mit acuten Entzündungserscheinungen einhergehen, statt. Trotzdem sich die Symptome grösstentheils zurückgebildet haben, ist der vorgestellte Fall keineswegs abgelaufen. Kaposi glaubt also, dass für diesen Fall noch eine weitere Beobachtung nothwendig sei; um die ganze Frage zur Entscheidung zu bringen, sei dies noch mehr nothwendig. Man dürfe nicht vergessen, dass von den unter dem Namen Pityriasis pilaris rubra bekannt gemachten Fällen viele lange Jahre bestanden haben und manche erst unter einer Arsenbehandlung heilten.

Lang betont nochmals, dass man den Lichen ruber Hebra und Pityriasis pilaris rubra nicht identificiren könne.

Hebra: Es gebe auch Fälle von Pityriasis rubra von zweierlei Verlauf, das beweise nichts gegen die Trennung des Lichen ruber Hebra von Pityriasis pilaris rubra. Hebra sah einen ähnlichen Fall, wie den hier besprochenen, der zur Ektropionirung der unteren Augenlider geführt hatte. Diesen Fall hatte Kaposi als exfoliativen Process bezeichnet.

Kaposi: Der erwähnte Fall habe mit eczemähnlichen Erscheinungen begonnen, habe aber weder mit Lichen ruber acuminatus, noch mit Pityriasis pilaris rubra etwas gemein. Kaposi kann den Fall vorläufig nicht classificiren, er könne denselben nur als ihm unaufgeklärte Dermatitis universalis exfol. bezeichnen.

3. Hebra stellt einen Fall warzenartiger Verdickung in der Vola manus vor. In den epidermidalen Verdickungen finden sich zahlreiche Vertiefungen. Die Finger sind trommelschlägelförmig, die Nägel vergrössert, die Gesichtshaut ist verdickt mit erweiterten Talgfollikeln versehen. Die Kranke ist 27 Jahre alt, war als Kind rachitisch, mit 4 Jahren überstand sie Varicella. Mit 15 Jahren war sie menstruirt. Schon als kleines Kind hatte sie rauhe und stark schweissende Hände. Seit ihrem 24. Lebensjahre waren sowohl die Hohlhände als auch die Fusssohlen stark geröthet und sehr empfindlich, und hat sich an den genannten Stellen die jetzt bestehende schwielige Verdickung entwickelt.

Schiff erinnert an einen Fall von Hyperidrosis mit Verdickung der Finger und Zehen den Unna beschrieben.

Kaposi: Der Fall Unna's war eine Ichthyosis hereditaria. Der vorgestellte Fall von Keratosis verrucosa palmae manus et plantae pedis gehört in eine Reihe von mir wohlbekannten Vorgängen, deren Endglied gewissermassen die hier vorgestellte Form bildet: dichtgedrängte hühneraugenartige Schwielen, welche die Flachhand gleichmässig als vielhöckerige Platte bedecken und an den Seitenrändern der Hand von einem schmalen rothen Saume eingefasst sind, an den trommelschlägelartig verdickten Fingern auch dorsalwärts sich erstrecken.

Was nun den Process anbelangt, der zu dieser Keratosis führt, so ist dies in der Regel Hyperidrosis der Flachhand und Fusssohle, oder noch weiter zurückgreifend und richtiger eine wohlbekannte vasomotorische Störung Anämischer, die sich durch blaurothes Ansehen und kaltes, schweissiges Anfühlen der Hände und Füsse kund gibt. Daher findet sich dieses am häufigsten zur Pubertätszeit, öfters aber auch, quasi angeboren, seit frühester Kindheit, oder im reiferen Alter. In der Regel findet sich da zeitweilig nur lochbohrerartige Exfoliation der obersten Epidermis und im Ganzen Verdünnung der letzteren, offenbar jene durch Bläschen veranlasst, letztere durch die fortwährende Maceration. Jene vasomotorische Störung, die als dauernde Parese der periphersten Gefässbezirke sich darstellt und in gleicher Weise auch die Ohren, die Nase und das Gesicht betrifft, hat zunächst unter Betheiligung der die Drüsen umspinnenden Gefässe auch die Hypersecretion des Schweisses aus den Knäueldrüsen, der Perspiration und auch der Talgdrüsen zur Folge, die zugleich dilatirt und atonisch werden. Auch in diesem Falle sehen wir die excessive Seborrhoea oleosa des Gesichtes, die schon von dem Vorredner hervorgehobene Dilatation der Drüsenmündungen und Drüsenkörper.

Nun kommt es im weiteren Verlaufe auch zu trophischer Störung nebst der secretorischen, sub forma von Epidermishyperplasie, und damit haben wir die Tylosis. Diese erscheint dann entweder diffus, als glatte, schmutzigbraune, glänzende Schwiele der Flachhand, wie auf dem Bilde in Hebra's Atlas, auch der Fingerbeeren, hier mit Schrumpfung

und Kissen, oder als herdweise Schwielen, als Platten und Hühneraugen und das ist in dem vorgezeigten Falle so. Im Uebrigen sind die Gebilde und Veränderungen die gleichen, wie bei Hühneraugen: mächtige Hornkugel, deren Spitze nach unten gerichtet ist und Cutisatrophie herbeiführt, während randständig Cutis und Papillen hypertrophisch und hyperämisch sind. Daher der fortlaufende seitlich begrenzende rothe Saum in diesem Falle.

Die auf Anämie beruhende Hyperidrosis localis, hat also den Beginn des Processes auch in diesem Falle dargestellt, die Keratosis ist ihre Folge.

Wie aber solche auf Anämie beruhende, vasomotorische Störungen auch binnen Jahren vorübergehen können, so ist es auch mit deren Folgen, und ich habe Beides, die Hyperidrosis, wie die Schwielen und Hühneraugen, wie sie spontan entstanden waren, auch wieder spontan schwinden sehen.

In anderen Fällen freilich kann solche vasomotorische Hyperidrosis auch ohne Folge von Tylosis jahrelang bestehen und dagegen andere lästige Consequenzen haben. Die eine ist das Gegentheil von der besprochenen, indem die Epidermis enorm verdünnt ist, und die Kranken daher wegen des Gefühls von Stechen bei Berührung des Bodens kaum zu gehen im Stande sind, sie gehen wie auf Glasscherben, vorsichtig, immer mit der Empfindung von Nadelstichen und Scherbenschnitten.

Die andere ist nebst dem Gesagten eine gleichzeitige Complication mit anderweitigen Reiz- und Paresezuständen des Sympathicus. Die Fingerendphalangen sind trommelschlägelartig, die Zehen und Fingerbeeren marmorirt injicirt, immer mit hellen Schweisstropfen besetzt, äusserst schmerzhaft, als hätten sie glühende Kohlen unter sich oder wie von feinen Nadeln gestochen, die Nägel glasartig, zerbrechlich, aber auch im Bereiche des Kopfes bestehen neuralgische Schmerzen, Kephalalgie, hochgradige Lichtscheu, enorm beschleunigter Puls und Aehnliches mehr — ein höchst quälendes und alarmirendes Leiden, das aber nach mehreren Jahren wieder verschwindet.

So glaube ich den Fall auffassen zu sollen, indem ich ihn in die Reihe der auf Hyperidrosis beruhenden Veränderungen in dem besprochenen Sinne einfüge.

Hebra findet die vorgebrachte Erläuterung von Kaposi auch in seinem Falle zutreffend, indem bei seiner Kranken, bei der das Uebel vor 3—4 Jahren begonnen hatte, thatsächlich Hyperidrosis und das trommelschlägelartige Aussehen der Finger lange vor den Schwielenbildungen vorhanden war.

Lang hat im Verlaufe von neurasthenischen Erscheinungen Verdickungen und zapfenförmige Wucherungen an den Fingerspitzen beobachtet.

C. Heitzmann theilt mit, dass man in Amerika jedes Jahr zwei bis drei solcher Fälle zu sehen bekomme.

Horovitz sah einen Mann mit Hyperidrosis, dessen Hohlhände wie mit Fett bestrichen schienen. Alles entglitt ihm aus den Händen. An beiden Handflächen war eine gleichmässige Verdickung der Epidermis nachweisbar.

Paschkis sah in einem Falle, zur Zeit als das Climacterium eintrat, Hyperidrosis mit Verdickung der Haut an den Radialseiten beider Zeigefinger auftreten.

4. Schiff stellt einen Knaben mit completem **Kryptorchismus** vor und demonstrirt dann ein Kind mit **hereditärer Lues.** Die Mutter des Kindes hatte drei Mal abortirt. Das vierte Kind ist das vorgeführte. Das fünfte Kind ist gesund. Das vorgestellte Kind zeigt seit seiner Geburt

Erscheinungen von Lues, nämlich Papeln am Anus und an den Genitalien, sowie auch an der Schleimhaut des Mundes. Während die übrigen allgemeinen Erscheinungen geschwunden sind, trotzen die Papeln im Munde, welche geradezu riesige Dimensionen angenommen haben, jeder Behandlung auf die Dauer, d. h. sie schwinden nach energischer Aetzung, um nach einiger Zeit wieder aufzutreten.

5. Kaposi stellt einen Fall von enormer **Elephantiasis** der linken unteren Extremität in Folge von Lupus vor. Bei diesem war es zur Phlegmone gekommen, an verschiedenen Stellen waren tiefe Incisionen gemacht worden; unter Sublimatverband war Salivation entstanden. Im Wasserbette hatte sich der Zustand des Kranken rasch gebessert und heilte die Phlegmone ab. Derartige Fälle von Elephantiasis arabum in Folge von Lupus sind auch an der oberen Extremität nicht selten.

Nun stellt aber Kaposi einen Fall von **Elephantiasis arabum dorsi manus verrucosa** nach **Lupus vulgaris** vor, welcher wegen dieser beschränkten Localisation und der excessiven Ausbildung wohl eine Seltenheit ist.

Lang meint, dass man annehmen müsse, dass der Lupus die Gelegenheitsursache für die Einwanderung von Mikroorganismen, welche zur Verdickung führen, abgebe. Aehnliches hat bekanntlich Finger für das Oedema indurativum, das in der Umgebung von luetischen Initialaffecten auftritt, nachgewiesen.

6. Kaposi zeigt einen Fall von **kleinpapulösem Syphilid,** der eventualiter mit einem Lichen scroph. verwechselt werden könnte. Ferner stellt er die schon in der Sitzung vom 4. Mai vorgeführte, mit Pemphigus neuro-traumaticus behaftete Wärterin, welche eine neue Eruption am rechten Unterschenkel zeigt, vor. Kaposi zeigt die Kranke mit Pemphigus vegetans, die sich wesentlich erholt hat, dieselbe zeigt aber jetzt disperse Pemphigus vulgaris-Blasen. Endlich zeigt Kaposi einen dritten Fall von Pemphigus, der seit mehreren Jahren abwechselnd auf die Klinik kommt, und jedes Mal gebessert entlassen wurde. Derselbe hat öfters einen Pemphigus pruriginosus gehabt, jetzt zeigt er Pemphigus vulgaris-Blasen mit theilweiser circinärer Anordnung.

7. Dr. Paschkis hält den angekündigten Vortrag: **„Ueber Seifen“.**

In der Einleitung recapitulirte derselbe kurz den chemischen Vorgang bei der Seifenfabrication. Reine Seifen sollten eigentlich frei von Alkali und von Glycerin sein, thatsächlich ist dem nicht so; selbst sehr gute Seifen sind im chemischen Sinne keine neutralen Seifen. Man versteht meistens unter alkalifreier Seife eine Seife, welche kein Aetzalkali enthält. Dieses ist bei nicht ganz frischer Seife nur ausnahmsweise vorhanden, wohl aber kohlensaures Alkali, welches schon bei der kosmetischen Anwendung der Seife durch Entfettung der Haut, Lockerung und Lösung der Epidermis schädlich werden kann. Man kann dieses Alkali weder durch den Geschmack, noch durch Reaction durch Lackmus erkennen, sondern man muss ein Quantum der Seife im Wasser lösen, mit reinem Kochsalz fällen (aussalzen) und das Filtrat mit Säuren bekannten Gehaltes (Phenol patolein als Indicator) titriren. Der Vortragende hat nur zum Zwecke einer beiläufigen Orientirung (ohne Trockenbestimmung) eine Alkalibestimmung in den nachbenannten Seifen vorgenommen: Es enthalten centrifugirte Seife Liebreich 47 Mgr., Lanolinseife Jaffé und Darmstädter 71 Mgr., Kernseife 83 Mgr., „Kinderseife“ 296 Mgr., Sapo venetus 332 Mgr. in 100 Gr. Seife. Kaposi's Naphtholseife war frei von Alkali, Aetzkali war in keiner der untersuchten Seifen vorhanden. Rücksichtlich des Schutzes vor der Wirkung des Aetzkali verweist Paschkis auf die

Bemerkungen Liebreich's über überfettete Seifen, bespricht die verschiedenen Arten der Ueberfettung mit Glycerin, dessen der Haut nachtheilige Wirkungen durch die grosse Verdünnung mit Wasser zu nichte werden. Die neulich demonstrirten Salben v. Hebra's sind nichts Anderes als Glycerinseifen, in welchen die Wirkung des Glycerin sehr zu berücksichtigen ist. Bei dieser Gelegenheit wird auf das Unrichtige und Unchemische in Eichhoff's Anschauungen über sauere Seifen hingewiesen; aber auch abgesehen hievon mache ein Zusatz, z. B. von Salicylsäure, einen Körper, der durch den Sauerstoff der Luft leicht verändert werde, nicht haltbarer, wie eben gerade aus dem Verhalten der Resorcin-Salicylsäure-Salbe oder -Seife hervorgehe. Das beste Ueberfettungsmittel sei jedenfalls Lanolin, welches mit einem gewissen Procentsatz Seife eine ganz vortreffliche Salbenbasis abgebe.

Autoren-Register.

Sach-Register.

A.

B.

C.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

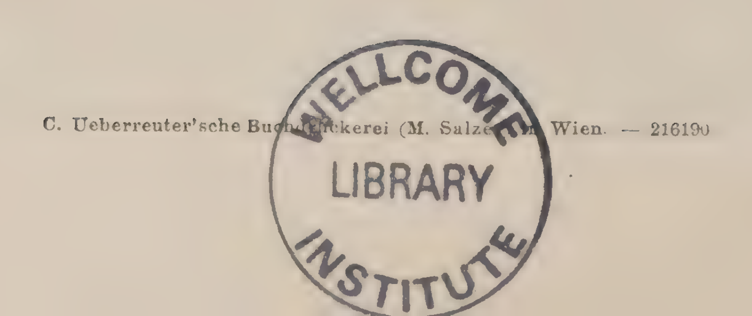
V.

Pag.

W.

X.

Z.


C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien. — 216190





